

Tuula Korpela

NÄKÖKULMIA IÄKKÄÄN TURKULAISEN KOTONA ASUMISTA TUKEVAN
KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMISEKSI

Kuntoutuksen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2017

NÄKÖKULMIA IÄKKÄÄN TURKULAISEN KOTONA ASUMISTA TUKEVAN KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMISEKSI

Korpela, Tuula
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutuksen koulutusohjelma, ylempi AMK
Maaliskuu 2017
Ohjaaja: Mäkilä, Päivi
Sivumäärä: 47
Liitteitä: 8

Asiasanat: kuntoutus, ikääntyneet, toimintakyky, kehittäminen

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen kehittämistyö, jonka tarkoituksena on selvittää iäkkään kotona asumista tukevan kuntoutuksen toteutumiseen liittyviä edistäviä ja rajoittavia tekijöitä. Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lääkinnällisen kuntoutuksen tavoitteena on saada tietoa asiakkaan kokemuksista ja sitä kautta tarkastella toimintatapoja, yhteistyötä ja prosesseja. Työn päätavoitteena on kehittää iäkkään turkulaisen kuntoutuspalveluja turvallista ja mielekästä kotona asumista tukevaksi.

Tutkimus toteutui arviointitutkimuksena. Tutkimusotteena oli realistinen evaluaatio. Aineistonkeruu suoritettiin teemahaastatteluina. Asiakkailta ja omaisilta saatu aineisto kuvailtiin ICF -toimintakykyluokitusta soveltaen. BIKVA -mallin mukaisesti saadut tulokset vietiin keskusteltavaksi työntekijöiden ja johdon ryhmähaastatteluihin. Asiakas- ja omaishaastatteluista pääteemoiksi nousivat kuntoutusosaaminen, oikea-aikaisuus, vaikuttavuus, moniammatillisuus ja matalan kynnyksen palvelut.

Tutkimustulosten mukaan iäkkäät kokivat kuntoutusta edistävinä tekijöinä yksilöllisyyden, kiireettömyyden sekä harjoittelun liittämisen arkeen ja toimintaympäristöön. Kuntoutusta rajoittavina tekijöinä olivat alentuneet psyykkiset voimavarat, heikko ravitsemus sekä kaatumisista aiheutuneet traumatisoitumiset.

Työntekijät kaipasivat lisää moniammatillisia ja kokonaisvaltaisia kuntoutussuunnitelmia. Iäkkään kuntoutumisen toteutumiseen osallistuvat monet ammattiryhmät sekä lähiverkosto. Fysioterapeutin roolin todettiin olevan liikkumis- ja toimintakyvyn asiantuntija, ei kuntouttaja. Toimintakyvyn laskuun ja kaatumisiin ei puututtu ajoissa ja kuntoutus käynnistettiin vasta kun ongelmat olivat jo suuria. Kuntoutusjaksot todettiin liian lyhyiksi. Hallittuihin kotiutuksiin kaivattiin enemmän panostusta ja kuntoutumisen etenemisen seurantaa.

Johdon haastattelussa todettiin tarvetta tehostaa kuntoutuksen koordinointia. Erityisesti riskiryhmät ja palvelujen suurlukuttajat tulisi saada moniammatillisiin selvittelyihin ja kuntoutuspalvelujen piiriin tarpeeksi varhain tavoitteena parempi vaikuttavuus, resurssien kohdentuminen ja kustannussäästö. Keinoina ehdotettiin ennakkoivia, helposti saavutettavia, kaikille ikäihmisille määrääjain kohdennettuja neuvontapalveluja ja tarkastuksia. Lisäresursointia pidettiin tärkeänä.

Kaikki haastateltavat, iäkkäät, omaiset, työntekijät ja johto toivoivat varhaisempaa puuttumista ja systemaattisempaa kuntoutumisen seurantaa.

POINTS OF VIEW FOR DEVELOPING REHABILITATION THAT AIMS AT LIVING AT HOME FOR THE ELDERLY IN TURKU

Korpela, Tuula

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation services

March 2017

Supervisor: Mäkilä, Päivi

Number of pages: 47

Appendices: 8

Keywords: rehabilitation, the elderly, ability to function, development

The purpose on this thesis is development work that aims at clarifying the factors promoting and limiting rehabilitation work in supporting an elderly person's ability to function and live at home. The medical rehabilitation at the City of Turku Welfare Division aims at gathering information on the customer experiences, and through that to examine methods, co-operation and processes. The main goal of work is to develop rehabilitation services that support safe and meaningful continuation of living at home.

The study was realized as a realist evaluation study. Data was gathered through semi-structured interviews. The data gathered from customers and their relatives was described by applying the International Classification of Functioning (ICF). The results received in accordance with the BIKVA-model were discussed in group interviews with the staff and management. The main themes of the customer and relative interviews were know-how in rehabilitation, timely rehabilitation, effectiveness, multi-professionalism and low-threshold services.

According to the results, the elderly felt that factors promoting rehabilitation were individuality, unhurried pace and connecting the rehabilitation to every-day-life and the living environment. The factors limiting rehabilitation were reduced mental resources, poor nutrition and trauma caused by falls.

The staff wished for more multiprofessional and comprehensive rehabilitation plans. Several different professional groups as well as the person's own social network participate in the rehabilitation of an elderly person. Physiotherapists were seen to be experts in ability to function and move. The reduced ability to function and falls were not addressed on time, and rehabilitation was begun only, when problems were already substantial. Additional emphasis on controlled discharges from hospitals and on follow-ups on rehabilitation was hoped for.

A need for more efficient co-ordination of rehabilitation came up in the management interviews. Especially the groups at risk and the large-scale users of services should be included in the field of services as early as possible, with the aim of better efficiency, targeting of resources and cost savings. Suggested means for this were regular and easy to reach guidance services and check-ups. Additional resources were thought to be important.

All interviewees – the elderly, the relatives, the staff and the management – hoped for earlier intervention and more systematic follow-up of rehabilitation.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	IÄKKÄÄN KOTONA ASUMISTA TUKEVA TOIMINTA.....	6
3	IÄKKÄÄN KUNTOUTUS.....	7
3.1	Kuntoutujalähtöisyys iäkkään tuen lähtökohtana	10
3.2	ICF – luokitus iäkkään toimintakyvyn kuvaajana	12
3.3	Iäkkään toimintakyvyn arviointi	13
4	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	13
5	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	14
5.1	Haastateltavien valinta ja tiedonkeruumenetelmä	15
6	HAASTATTELUIEN TULOKSET	18
6.1	Asiakkaan ja omaisen kokemuksia iäkkään kuntoutuksesta.....	18
6.1.1	Kuntoutusta edistävät ja rajoittavat fyysiset tekijät	18
6.1.2	Kuntoutusta edistävät ja rajoittavat psyykkiset tekijät	21
6.1.3	Kuntoutusta edistävät ja rajoittavat sosiaaliset tekijät	24
6.1.4	Kuntoutusta edistävät ja rajoittavat kognitiiviset tekijät.....	26
6.1.5	Kuntoutusta edistävät ja rajoittavat ympäristötekijät.....	28
6.2	Työntekijöiden näkemyksiä iäkkäiden kuntoutuksesta	31
6.2.1	Kuntoutuksen toteutuminen	31
6.2.2	Moniammatillisuus	33
6.2.3	Oikea-aikaisuus.....	35
6.3	Hyvinvointialan johdon näkemyksiä iäkkäiden kuntoutuksesta.....	36
6.3.1	Kuntoutusosaaminen.....	36
6.3.2	Kuntoutuksen vaikuttavuus.....	38
6.3.3	Matalan kynnyksen palvelut	39
7	TUTKIMUSTULOSTEN HYÖDYNNETTÄVYYS	40
8	ARVIOINTI JA POHDINTA	42
	LÄHTEET.....	46
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Työskentely Turun kaupungin geriatriisella poliklinikalla antaa näköalapaikan seurata iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkenemisen aiheuttamia ongelmia kotona pärjäämisessä. Tavoitteena on että iäkkään palveluja voidaan muokata tarpeen mukaan nopeasti ja hänet voidaan kotiuttaa. Näin vältetään turhilta päivystys- ja sairaalakäynneiltä. Tarvittaessa iäkkäälle järjestetään sairaalapaikka Turun kaupungin sisätautisairaalan osastolta. Kotiutusta tukemaan voidaan järjestää kotiutustiimin, kotisairaalan, geriatrisen päiväkuntoutuksen, tilapäishoidon tai kotihoidon palveluja. Kotona selviytymisen tukeminen ja toimintakyvyn ylläpito mahdollisimman pitkään on iäkkään kannalta tarkoituksenmukaista ja taloudellista. Palvelutarpeen arvioinnissa otetaan huomioon fyysiset, psyykkiset, kognitiiviset, sosiaaliset ja taloudelliset seikat sekä riskitekijät, jotka johtavat toimintakyvyn heikkenemiseen. Arvioinnin tavoitteena on saavuttaa iäkkään kanssa yhteinen näkemys siitä, mitkä keskeiset tekijät vaikuttavat toimintakykyyn. Riskivanhukset on tunnistettava mahdollisimman varhain kaikilla erikoisaloilla ja heidät tulee ohjata moniammatilliseen arvioon tarvittavien kuntoutustoimien järjestämiseksi. (Laine 2014, 10 -18.)

Iäkkään sitoutuminen, tavoitteiden ymmärtäminen ja kuntoutuminen vaatii lähipiiriltä ja työntekijöiltä asiakaslähtöistä tukemista ja rinnalla kulkemista. Vaikka iäkäs on kuntoutuspalvelujen piirissä, saattaa toiminta olla eri toimijoiden kertoman mukaan pirstaleista, seuranta puutteellista eivätkä ajantasaiset tavoitteet ole välttämättä kaikkien toimijoiden tiedossa. Kuntoutusta toteuttavat myös kolmas sektori sekä yksityiset palveluntuottajat. Omaisten ja kotihoidon rooli kuntoutumisen tukijana on olennainen.

Suunnitelmia laaditaan eri tahoilla ja tarvittavat pyynnöt laitetaan eteenpäin. Miksi sitten jotkut suunnitelmat toteutuvat ja jotkut jäävät toteutumatta? Miksi joidenkin iäkkäiden toimintakyky heikkenee entisestään vaikka edellytykset kuntoutumiselle olisivat suotuisat? Miten iäkäs, omainen ja eri toimijat mieltävät sanan kuntoutus? Mistä se koostuu, mitä siihen kuuluu, ketä sen toteutumista tukee ja erityisesti, mikä rajoittaa ja mikä edistää kuntoutumisen toteutumista? Näihin kysymyksiin pyritään löytämään vastauksia tämän kehittämistyön avulla.

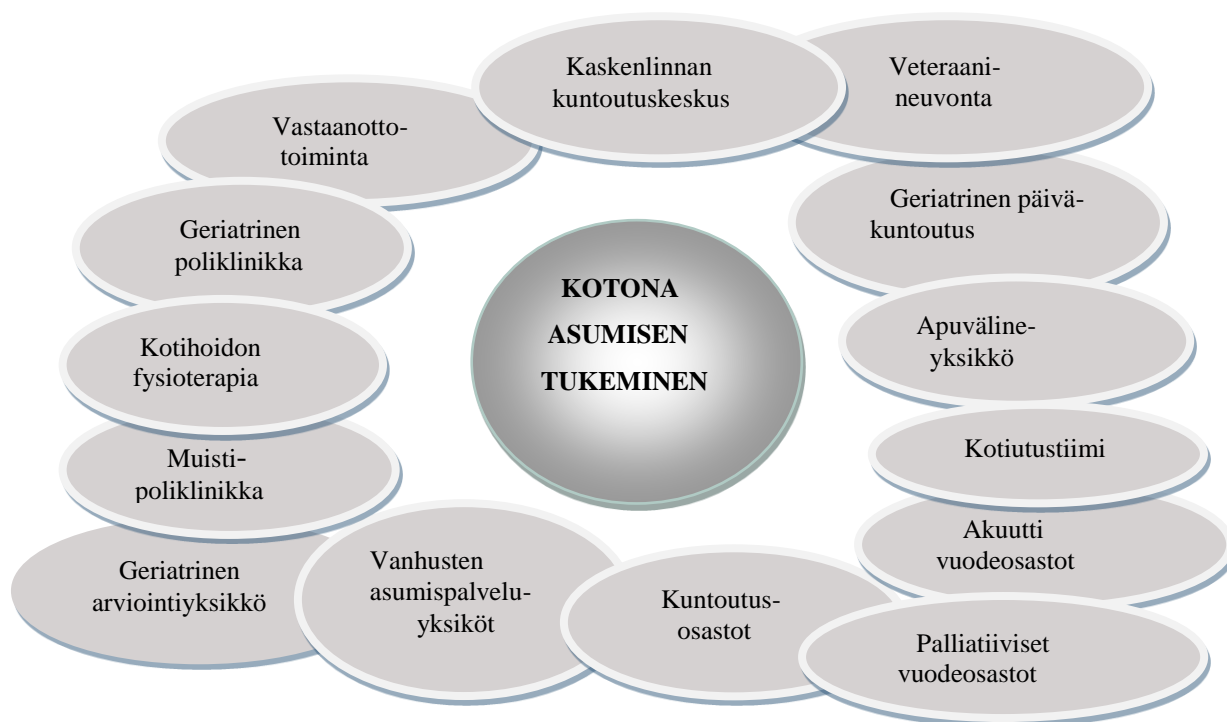
Kehittämistyön toimeksiantaja on Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lääkinnällinen kuntoutus sekä geriatrinen poliklinikka. Geriatrinen poliklinikka on terveyspalvelujen alaisuudessa toimiva sairaalapalveluiden yksikkö. Poliklinikalla työskentelee moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat geriatri, erikoistuva lääkäri, kuusi sairaanhoitajaa, kaksi lähihoitajaa, osastohoitaja, osastosihteeri, kaksi kotiutushoitajaa, fysioterapeutti ja puolipäiväinen osastofarmaseutti. Tarvittaessa poliklinikka saa konsultaatioapua vanhuspsykiatrian sairaanhoitajalta, sosiaalityöntekijältä ja sairaalapastorilta. Asiakkaat ohjautuvat geriatrian poliklinikalle oman hoitavan lääkärin, sairaanhoitajan tai ensihoidon konsultaation perusteella. Poliklinikan lääkäri tai sairaanhoitaja tekee päätöksen asiakkaan sisään-otosta. Poliklinikka palvelee turkulaisia geriatrisia asiakkaita, joiden toimintakyvyssä on tapahtunut äkillinen arjessa selviytymistä haittaava muutos. Asiakkaat ohjautuvat poliklinikalle tilanteissa, joissa heidän hoitonsa ja tutkimuksensa eivät enää onnistu kotihoidon palveluissa tai terveyskeskuksessa, mutta joissa tilanteet ovat sellaisia, ettei heidän tilansa tutkiminen edellytä käyntiä päivystyspalveluissa. Geriatrisen poliklinikan yhteydessä toimii myös muistipoliklinikka, jossa työskentelevät geriatri sekä muistihoitaja. (Viikari, 2015.)

2 IÄKKÄÄN KOTONA ASUMISTA TUKEVA TOIMINTA

Vanhuspalvelulain tarkoituksena on muun muassa tukea ikääntyneen toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista ja parantaa mahdollisuutta osallistua tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen. Palvelujen laadun ja riittävyyden arvioimiseksi kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta palvelujen käyttäjiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus korostaa terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista sekä oikea-aikaisia, monipuolisia tarpeeseen perustuvia palveluja, palvelurakenteen muutosta, oikeaa henkilöstömitoitusta, osaamista ja johtamista. Laadukas palvelu on vaikuttavaa, asiakaslähtöistä ja hyvin koordinoitua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 15.)

Turku 2029 -kaupunkistrategian mukaan luodaan hyvinvointia kaupunkilaisille laaja-alaisella yhteistyöllä kehittämällä vaikuttavia asiakaskeskeisiä palveluprosesseja. Hyvinvointitoimialan strategisen sopimuksen 2015 - 2018 eräänä painopistealueena on ikäihmisten toimintakyvyn tukeminen kehittämällä hoidon palvelurakennetta avopalvelupainotteisemmaksi. (Turun kaupungin www-sivut 2016.)

Lääkinnällinen kuntoutus toimii osana Turun kaupungin hyvinvointitoimialan poliklinisia palveluja. Työ on moniammatillista ja näyttöön perustuvaa. Fysioterapeutit, kuntohoitajat ja toimintaterapeutit työskentelevät eri yksiköissä oman alansa asiantuntijatehtävissä sekä terapiatyössä. Lääkinnällisen kuntoutuksen CAF -laatujärjestelmän mukaisesti toiminnan suunnittelussa pyritään ikäihmisten osalta asiakaslähtöiseen kotiuttamis- ja kuntoutusprosessin kehittämiseen yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Vuoden 2016 lääkitinnällisen kuntoutuksen kehittämissuunnitelmassa on kuntoutusprosessien kehittäminen sairaalahoidon ja kotihoidon rajapinnoilla kohtaan nimetty yhtenä keinona tästä opinnäytetyöstä saadut tulokset. Myös kaatumisten ennakointi ja ehkäisy IKINÄ -mallin mukaisesti on kehittämiskohteena niin lääkitinnällisessä kuntoutuksessa kuin koko hyvinvointitoimialalla. Lääkitinnällisen kuntoutuksen toiminta iäkkään kotona asumisen tukemiseksi toteutuu seuraavan kaavion mukaisesti eri yksiköissä.



Kuvio 1. Turun kaupungin lääkitinnällisen kuntoutuksen ikäihmisten kotona asumista tukeva toiminta. Kuusela, M. 2016.

3 IÄKKÄÄN KUNTOUTUS

Kuntoutus voi olla luonteeltaan ammatillista, kasvatuksellista, sosiaalista tai lääkitinnällistä. Tässä työssä tarkastellaan aihetta lääkitinnälliseen kuntoutuksen näkökulmasta, sivuten lisäksi sosiaalista kuntoutusta.

Kuntoutus on suunnitelmallista, tavoitteellista, pitkäjänteistä ja moniammatillista toimintaa. Tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäänsä tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja osallisuuteen ovat eri syistä uhattuina tai heikentyneet. Arjen kannalta kuntoutus merkitsee toimintaedellytysten tukemista ja järjestämistä. Kuntoutuksen toteutumista tulee seurata ja arvioida. Kuntoutus sisältää tutkimuksia, arviointia, neuvontaa, ohjausta, kuntoutusjaksoja sekä apuvälinepalveluja. Kuntoutuksen kokonaisuuteen kuuluvat sekä terveydenhuollon että sosiaalihuollon palvelut. Kuntoutujan omalla sitoutumisella ja hänen läheistensä toiminnalla on keskeinen osuus. Toimintaa ja palveluja toteuttavat julkinen, yksityinen sekä kolmas sektori. Psykososiaalinen kuntoutus tähtää vuorovaikutuksen, mielialan, osallistumisen ja sosiaalisen yhteyden tukemiseen. Tukeminen tapahtuu keskustelun, kuuntelemisen, harrastuksiin ja ryhmiin ohjaamisen sekä näissä toimimisen avulla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 63 -64.)

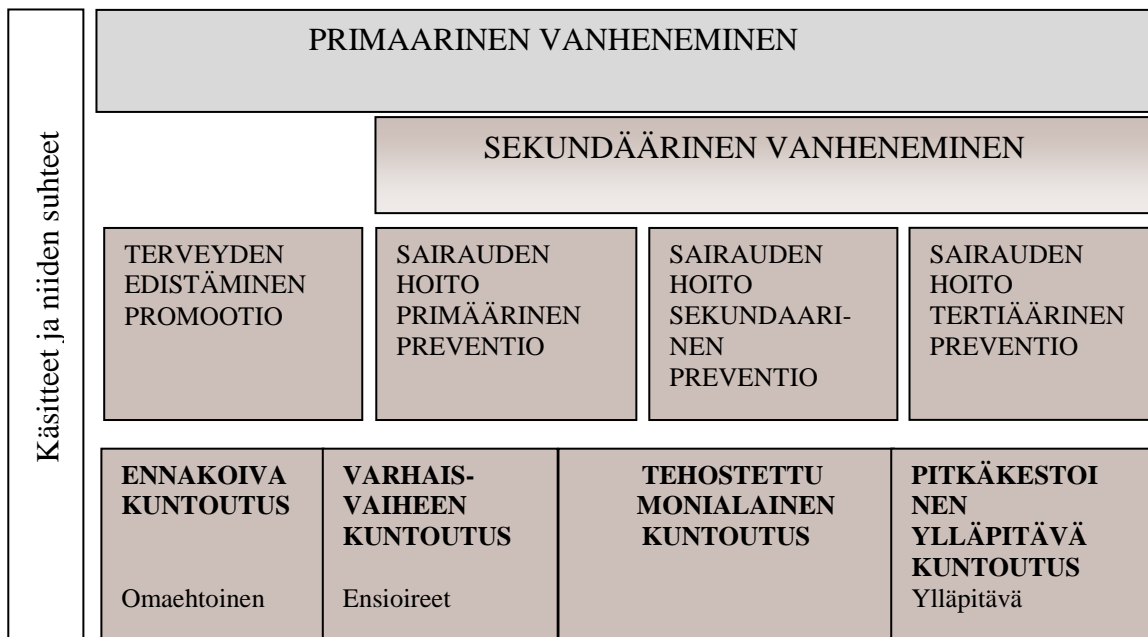
Vanhuspalvelulaissa 2012 määritellään ikääntynyt vanhuuseläkkeellä olevaksi, yli 63 -vuotiaaksi. Iäkkäällä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, psyykinen, sosiaalinen tai kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi tai korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 63 -64.)

Gerontologia on tieteenala, joka tutkii ikääntymistä ja iäkkäitä ihmisiä selvittäen vanhenemisen mukanaan tuomia muutoksia. Gerontologian alaan kuuluu muun muassa geriatria. Geriatria on lääketieteellinen erikoisala, joka keskittyy fyysisiin, psyykkisiin, toiminnallisiin ja sosiaalisiin olosuhteisiin, joita esiintyy iäkkäiden potilaiden äkillisissä ja pitkäaikaissairauksissa, kuntoutuksessa, preventiossa ja elämän loppuvaiheen hoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 60 -61.) Geriatrian asema sairaanhoitojärjestelmässä on vakiintunut. Pyrkimyksenä on, etteivät monisairaajat iäkkäät ajautuisi enenaikaiseen laitoshoitoon ilman että hoitotarpeita ja kuntoutusmahdollisuuksia on harkittu ja kehitetty. Geriatrien, moniammatillisten yksiköiden toiminnan on osoitettu vähentävän iäkkään toistuvaa sairaalahoidon tarvetta, pysyvää laitoshoidoa sekä terveydenhuollon kustannuksia. Parhaat tulokset saavutetaan kun yksikkö on akuuttisairaalan yhdessä, sillä on hyvät konsultaatiomahdollisuudet, selkeä hoitovastuu sekä jatkoseurantavelvollisuus. (Tilvis, Hervonen, Jäntti, Lehtonen & Sulkava 2003, 29 -31.)

Gerontologisessa kuntoutuksessa olevalla iäkkäällä tulee olla yksilölliset, konkreettiset, kirjatut ja arvioitavissa olevat tavoitteet. Tavoitteiden määrittäminen on prosessi, joka vaatii aikaa ja elämänti-

lanteen kokonaisvaltaista arviointia. Iäkkäällä tavoitteiden asettaminen tulisi olla joustavaa huomioon ottaen nopeastikin tapahtuvat elämäntilanteen muutokset. Kuntoutustavoitteet ovat eri asia kuin niiden saavuttamiseen tarvittavat kuntoutuskeinot menetelmien. Tavoitteiden tulee olla iäkkäälle kuntoutujalle merkityksellisiä ja kohdistua hänen arkeensa sekä toimintaympäristöönsä. Moniammatillisen työryhmän, kuntoutujan ja omaisen tulee olla tietoisia, mihin aktiivisuuden tai osallistumisen muutoksella pyritään. (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013, 121 – 122.)

Seuraavassa kuviossa tarkastellaan Gerontologiseen kuntoutukseen liittyvien käsitteiden sisältöä ja keskinäisiä suhteita.



Keskeiset sisällöt	Arkitoiminnot Perusliikkuminen Harrastukset Ympäristötekijät Taloudelliset tekijät Neuvonta ohjaus ja seulonnat. Primäärisen vanhenemisen ymmärtäminen.	Kipujen hoitaminen lihasvoimat, tasapaino, motoriikka Alakuloisuus vetäytyminen, yksinäisyys. Sairauksien hyvä perushoito, jossa primäärinen vanheneminen on osa varhaisvaiheen kuntoutusta.	Akuutit vakavat sairaudet ja tapaturmat (esim. aivohalvaus, lonkkamurtuma) sekä moniongelmaisuus ja niihin liittyvät palvelutarpeet (esim. muistisairaudet) Moniammatillinen ja – alainen kuntoutus perus- ja erikoissairaanhoidossa, jossa vanhuuden ikävaihe ja sairaudet ja toimintakyvyn ongelmat ovat kuntoutuksen lähtökohtana.	Toimintarajoitteiden estäminen, jäljellä olevien vahvuuksien ja voimavarojen hyödyntäminen, aktiivisuuden ja osallisuuden mahdollistaminen kaikissa vanhuuden vaiheissa ja asumisympäristöissä.
--------------------	---	--	--	---

Kuvio 2. Gerontologisen kuntoutukseen liittyvien käsitteiden sisällöt ja suhteet. (Pikkarainen 2013, 18.)

3.1 Kuntoutujalähtöisyys iäkkään tuen lähtökohtana

Asiakas valitsee haluamansa tuotteen odottaen saavansa myös hyvää palvelua. Sairastuessaan, vammautuessaan tai kohdatessaan vaikeuksia elämässään iäkkästä tulee myös asiakas. Vaarana on, ettei hän saakaan valita haluamaansa, vaan muut tekevät valinnat hänen puolestaan. Hänestä voi tulla toimenpiteiden kohde, autettava ja riippuvainen. Kuntoutuja on henkilö joka hakee, tarvitsee tai käyttää kuntoutuspalveluja. Käsite kuntoutuja korostaa itsenäistä toimijaa, jolla on tärkeä rooli kuntoutustavoitteiden saavuttamisessa. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 152 -159.)

Asiakaslähtöisyys on palvelujen tarkastelua palvelua saavan iäkkään näkökulmasta. Asiakaslähtöisesti toimivan organisaation toimintaa tulisi suunnitella niin, että palveluja saavan tarpeet ja voimavarat olisivat keskiössä ja iäkäs olisi voimiensa mukaisesti mukana palvelun tarpeiden arvioimisessa, suunnittelussa, toteutuksessa ja vaikutusten ja laadun arvioimisessa. Iäkkään mahdollisuus tehdä valintoja on osa asiakaslähtöisyyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 60.) Aiemmin kuntoutusta hallitsi kliininen toimintamalli, jossa yksilöön kohdistettiin tutkimus, tilannearvio ja ennuste. Vähitellen on siirrytty kuntoutujakeskeiseen malliin, jossa perusajatuksena on yksilöllisyyden kunnioittaminen. Jokainen ihminen on ainutlaatuinen ja arvokas. Kuntoutujan merkitykset ja tulkinnat asioille ovat lähtökohtana. Ulkopuolinen ei voi arvioida, miten suuri merkitys sairaudella tai toimintakyvyn rajoituksella on henkilölle. Siten myös tavoitteet tulee laatia yhdessä kuntoutujan kanssa. Työntekijän ja kuntoutujan vuorovaikutus tulee perustua tasa-arvoon, kunnioitukseen ja vuoropuheluun. Työntekijän tulee osata kuunnella sekä arvostaa kuntoutujan näkemyksiä. (Kettunen, Kähäri - Wiik, Vuori - Kemilä & Ihalainen 2002, 38 -41.)

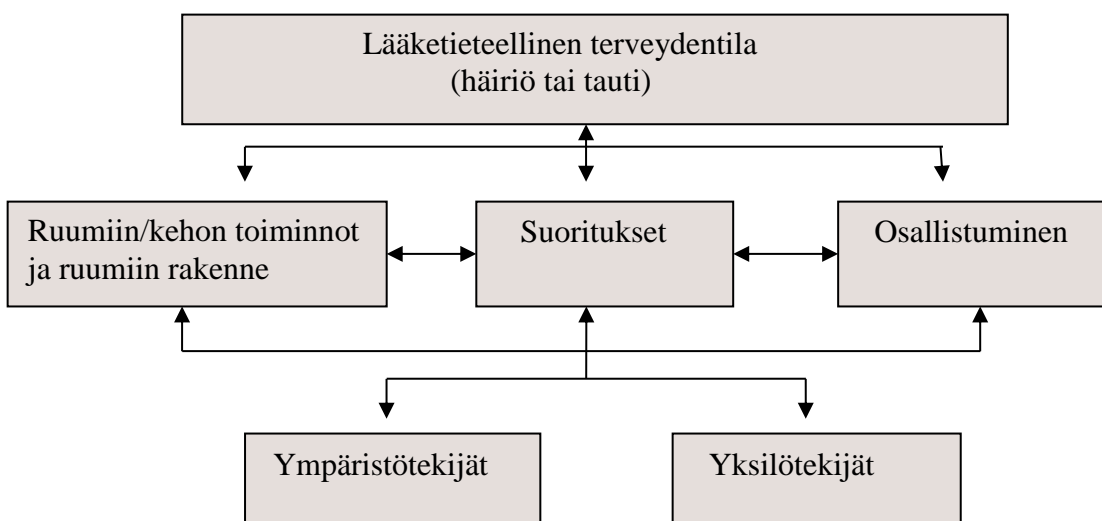
Taulukko 1. Asiantuntijakeskeinen ja kuntoutujalähtöinen malli kuntoutustyössä (Järvikoski & Härkäpää 2004, 159).

ASIAANTUNTIJAKESKEINEN MALLI	KUNTOUTUJALÄHTÖINEN MALLI
ASIAKAS <ul style="list-style-type: none"> toiminnan kohde, ohjeiden noudattaja passiivinen rooli 	KUNTOUTUJA <ul style="list-style-type: none"> toiminnan subjekti, elämäänsä suunnitteleva ja vaihtoehtoja punnitseva päätöksentekijä aktiivinen rooli
KUNTOUTUSTYÖNTEKIJÄ <ul style="list-style-type: none"> asiantuntija, toiminnan subjekti arvioija, päätöksentekijä, ohjeiden antaja 	KUNTOUTUSTYÖNTEKIJÄ <ul style="list-style-type: none"> yhteistyökumppani, tukihenkilö mahdollisuuksien avaaja, innostaja lisää asiakkaan tilannekompetensseja päätöksentekoon (antaa pohdiskelutukea ja tietoa ulkoisista mahdollisuuksista; auttaa asiakasta hahmottamaan itsensä suhteessa ympäristöön)
SUHTEEN LUONNE <ul style="list-style-type: none"> ensi sijassa yksisuuntainen vaikutussuhde perustuu eriarvoisuuteen ja samalla vahvistaa riippuvuutta 	SUHTEEN LUONNE <ul style="list-style-type: none"> tasa-arvoisuuteen perustuva vuorovaikutussuhde tukee ja palkitsee asiakkaan itsemnäisyyttä
ONGELMIEN LUONNE <ul style="list-style-type: none"> asiakkaan vajavuus, osaamattomuus 	ONGELMIEN LUONNE <ul style="list-style-type: none"> kuntoutujan ja toimintaympäristön välisen suhteen ongelmat myös vajaakuntoistumista ja syrjäytymistä lisäävät käytännöt
RATKAISUT, TOIMENPITEET <ul style="list-style-type: none"> yksilön vajavuuksien ja toimintarajoitusten vähentäminen yksilön sopeuttaminen 	RATKAISUT JA TOIMENPITEET <ul style="list-style-type: none"> yhdessä etsityt tavat jäsentää tulevaisuuden mahdollisuuksia fyysisen ja sosiaalisen ympäristön esteiden poistaminen voimavarojen tukeminen
TULEVAISUUDEN ENNUSTE <ul style="list-style-type: none"> fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn paraneminen omasta kontrollista asiantuntijan kontrolliin avun tarpeeseen sopeutuminen, opittu avuttomuus 	TULEVAISUUDEN ENNUSTE <ul style="list-style-type: none"> selviytymiskeinojen ja strategioiden parantuminen hallinnan tunteen lisääntyminen, valtaistuminen asiantuntija-avun tarpeen vähentyminen

3.2 ICF – luokitus iäkkään toimintakyvyn kuvaajana

Toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön selviytymistä itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä arjen toiminnoista omassa toimintaympäristössään. Arvio omasta toimintakyvystä on yhteydessä terveyteen, sairauksiin, toiveisiin, asenteisiin sekä tekijöihin, jotka vaikuttavat suoriutumiseen. Jotta henkilön toimintakyvystä saadaan riittävän laaja kuva, on selvittämisessä otettava huomioon henkilön toimintakyvyn eri ulottuvuudet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 69.)

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health Stakes) on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ICF on kansainvälisen tiedonvaihdon ja kehittämisen välineeksi luotu luokitusjärjestelmä. Kokonaisuuteen kuuluvat toimintakyky ja toiminnan rajoitteet sekä elämänpiirin tilannekohtaiset tekijät. Osallistuminen tarkoittaa yksilön osallisuutta elämän ja yhteiskunnan tilanteisiin. Suorituksia ja osallistumista ovat oppiminen, tiedon soveltaminen, tehtävät, vaatimukset, kommunikointi, liikkuminen, itsestä huolehtiminen, kotielämä ja vuorovaikutus. Yksilölliset tekijät säätelevät suorituksia ja osallistumista eri ympäristöissä. Suoritukset ja osallistuminen sekä kuntoutuksen arvot, osallisuus, mahdollisuudet, itsenäisyys, voimaantuminen, kuntoutuminen, elämänlaatu ja tavoitteet ilmaisevat perustan, jolle yhteiskunnan toiminta rakentuu. Näiden ajatusten tulee ohjata työntekijöiden lisäksi myös muuta yhteiskunnan toimintaa suhteessa kuntoutujiin. Asiakaslähtöisyys korostaa yksilön omaa panostusta kuntoutumiseen käytettävissä olevien voimavarojen mukaan. Persoonan ja ominaisten toimintatapojen tunnistaminen on haaste työntekijöille. Kokonaisvaltainen ihmisen kohtaaminen saa erilaisia painotuksia eri ammattiryhmissä. Huomion kohteena on kuitenkin aina koko ihminen, joka on osa sosiaalista yhteisöä. (Herrala, Kahrola & Sandström 2008, 10 -11.)



Kuvio 3. ICF -luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF, 2013, 18).

3.3 Iäkkään toimintakyvyn arviointi

TOIMIA -tietokanta on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämä, ammattilaisille tarkoitettu, iäkkään väestön toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin työväline. Arvioinnin tausta-ajatuksena on ICF – toimintakykyluokitus. THL:n mukaan toimintakyky on moniulotteinen käsite, jota voi jäsentää lukuisin eri tavoin. Käytetyin tapa on jakaa toimintakyky osa-alueisiin: fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, 2015.) Tässä kehittämistyössä iäkkäiltä ja omaisilta saatu haastatteluaineisto teemoiteltiin edellä mainitun jaottelun mukaisesti. Teemat luokiteltiin edelleen kuntoutusta edistäviin ja rajoittaviin tekijöihin. Osa-alueet kytkeytyvät toisiinsa liittäen mukaansa myös ympäristön tarjoamat edellytykset ja vaatimukset. Eri-laisilla palveluilla ja muiden henkilöiden tuella voidaan edistää iäkkään toimintakykyä ja selviytymistä arjessa. Asiakas- ja omaishaastatteluista saatu aineisto harjoittelun sisällöstä ja työntekijöiden toimimisesta luokiteltiin ympäristötekijöihin.

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän työn tarkoituksena on kehittää iäkkään turkulaisen kuntoutuspalveluja turvallista ja mielekästä kotona asumista tukevaksi. Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lääkinnällisen kuntoutuksen näkökulmasta on tarkoituksena saada tietoa iäkkään kuntoutuskokemuksista ja sitä kautta tarkastella kuntoutuksen toimintatapoja, yhteistyötä ja prosesseja. Tarkoituksena on myös visioiden pohtia ennakkoluulotonta ja vaikuttavaa kuntoutuskäytäntöä huomioiden toimialan tulevaisuuden haasteet.

Kehittämistyön tavoitteet:

1. Saada tietoa iäkkäiden turkulaisten kuntoutuskokemuksista
2. Selvittää iäkkäiden kotona asumista tukevan kuntoutuksen edistäviä ja rajoittavia tekijöitä
3. Valjastaa teemahaastatteluissa saadut iäkkäiden ja omaisten haastattelutulokset kehittämistyön pohjaksi
4. Kuulla toimijoiden näkemyksiä iäkkäiden kuntoutuksen toteutumisesta
5. Välittää iäkkäiltä, omaisilta ja toimijoilta saatu tutkimustieto ja nykytila Turun kaupungin hyvinvointitoimialan johdolle päätöksenteon tueksi.

5 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

Kehittämistyön tutkimukselliseksi lähestymistavaksi valittiin arviointitutkimus, jolla luotiin perustaa tulevalle kehittämistyölle. Tutkimusprosessin tarkoituksena on tuoda esiin iäkkään kuntoutumisen toteutumiseen vaikuttavia seikkoja. Arviointia käytetään asioiden ymmärtämiseen ja työn kehittämiseen. Ryhmäarviointeja tehdään osaohjelmina siten että ne antavat konkreettista tietoa seuraavalle tasolle keskusteltavaksi. Realistinen evaluaatio on tavallisesta tieteellisestä päättelystä eroava tapa. Se on tutkimusote, joka vuorottelee käytännöllisen ja teoreettisen ajattelun välillä, sekä tekee päätelmiä havaittujen tosiseikkojen ja asetettujen arviointikriteerien perusteella. Evaluaatiota tehdään kehittämishankkeen muutoksen ja tuloksellisuuden arvioimiseksi ja päätöksenteon pohjaksi. Siihen tarvitaan tietoa siitä, miten asiat toimivat, ketä ja mitä varten ja missä olosuhteissa. Tutkijan tulee hallita aihe, eli tiedollinen sekä käytännöllinen esiymmärrys, jotta hän pystyy havaitsemaan tuloksen kannalta olennaisen. (Anttila 2007, 61 -71.)

Tutkimusmenetelmäksi ja asiakaslähtöiseksi arviointivälineeksi valittiin BIKVA – malli (Brugerinddragelse i Kvalitetsvurdering eli asiakas laadunvarmistajana). BIKVA – mallin mukaan asiakkaat osallistetaan antamalla heille mahdollisuus kuvailla ja tulkita näkemyksiään saamastaan julkisen sektorin palvelusta. Haastatteluilla selvitetään, miten päivittäiset ilmiöt ja arki koetaan henkilökohtaisella tasolla ja minkälaisia merkityksiä asioille annetaan. Asiakasryhmälle annetaan mahdollisuus ilmaista ideansa ja ongelmansa, joita ei muuten kuulla tai joita ei pidetä kovinkaan merkityksellisinä. Asiakkaan osallistamisella saadaan näkyviin ongelmakenttä, joista lähityöntekijät, johtajat ja poliittiset päättäjät eivät ole tietoisia. Mallissa hylätään mahdollisuus arvioida asioita yksiselitteisestä näkökulmasta. Tavoitteena on kyseenalaistaa olemassa olevat käytännöt ja toimintatavat. Arvioija voi antaa saatujen tietojen pohjalta puolestaan, antaa suosituksia tai edistää muutokseen johtavaa kehittämisprosessia. Mallin mukaisesti luodaan yhteys asiakkaiden ongelmien ymmärtämisen ja julkisen intervention välille viemällä saadut tulokset keskusteltavaksi työntekijä- ja johtotasolle. (Krogstrup 2004, 7-8.)

Stina Högnabba (2008) on selvittänyt arviointitutkimuksessaan Muuttaako asiakkaan puhe työkäytäntöjä, BIKVA -arviointimenetelmän vaikutuksia. Tutkimuksen mukaan menetelmällä voidaan vaikuttaa arvokeskusteluun, eettisiin pohdintoihin sekä asiakaslähtöiseen, tutkivan ja arvioivan työorientaation kehittymiseen. Menetelmää voidaan käyttää erityisesti silloin kun halutaan vastauksia tulevaisuuden kysymyksiin, tulisiko nykyistä käytäntöä jatkaa, muuttaa vai uutta aloittaa. Tärkeimmät

muutoskohdat saattavat syntyä vasta kun asiakkaiden ja työntekijöiden ajatukset kohtaavat. (Högnabba 2008, 5-10.)

5.1 Haastateltavien valinta ja tiedonkeruumenetelmä

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus tehtiin Turun kaupungin hyvinvointitoimialan lääkinnällisen kuntoutuksen ja Turun ammattikorkeakoulun kesken. Koulutus toteutui Turun ja Satakunnan ammattikorkeakoulun yhteistyönä. Tutkimussuunnitelman hyväksyivät Turun kaupunginsairaalan geriatrian professori sekä lääkinnällisen kuntoutuksen ylilääkäri, joka myös myönsi luvan opinnäytetyön tekemiseen. Haastateltavat iäkkäät olivat jo allekirjoittaneet suostumuksensa geriatrisen poliklinikan vaikuttavuustutkimukseen. Yhteinen eettinen lupa tulee kattamaan siltä osin tämän tutkimuksen. Iäkkäille ja heidän nimeämille omaisille lähetettiin haastattelukutsu kirjeitse. Toimijoille ja johdolle pyyntö välitettiin sähköpostitse. Haastattelutilanteiden alkaessa henkilöt allekirjoittivat suostumuksen saaden myös kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta. Nauhoitetut ja litteroidut haastattelut olivat vain tutkijan käytössä. Tutkimuksen päätyttyä ne hävitettiin asiaankuuluvalla tavalla.

Kehittämistyöhön tarvittavaa tutkimusmateriaalia saatiin iäkkään kotiuttamisiin liittyvistä kuntoutustoimista Turun kaupungin geriatrisen poliklinikan asiakasvirtaotannasta kuukauden ajalta. Kyseisenä ajanjaksona poliklinikalla kävi 217 asiakasta, keskimäärin 10 -11 asiakasta päivässä. Asiakkaista 167 oli kotona tai palvelutalossa asuvia, heistä 87 kotiutui eli hieman yli puolet. Kaikista asiakkaista 15 prosentilla oli tulosyynä kaatuminen. Erityisesti heille oli käynnistetty kuntoutustoimet kotona asumisen tueksi.

Yksilöhaastatteluihin valittiin viisi (n=5) geriatrisen poliklinikan kotona asuvaa iäkästä, joilla poliklinikalle tulosyynä oli kaatuminen. Iäkäs oli poliklinikalta saanut kuntoutusohjeita tai kuntoutustoimet olivat jo käynnissä tai käynnistettiin nyt. Kriteerinä valintaan oli myös Mini - Mental State Examination - muistitestissä todettu vähintään 25/30 pisteet. Vaikka monella kotona -asuvalla iäkkäällä on alentunut muisti, oli riittävä kognitiotaso edellytys haastattelutulosten käytettävyyteen. Haastateltavista kolme oli naisia, kaksi miehiä ja heidän keski-ikänsä oli 88,8 vuotta. Tutkimushaastattelut tapahtuivat iäkkään kotona ennalta sovittuna ajankohtana tutkimuksen tekijän toteuttamana. Haastattelut nauhoitettiin. Iäkkään nimeämä omainen (n=5) haastateltiin iäkkään kotona tai omaisen valitsemassa paikassa. Tallennettu haastattelumateriaali litteroitiin. Aineistoa kertyi yhteensä 29 si-

vua, rivivälillä 1. Teemoitellut aiheet vietiin keskusteltavaksi työntekijöistä koottuun ryhmähaastatteluun. Pääteemoiksi nousivat oikea-aikaisuus, tiedonkulku, tukiverkoston rooli, lähipalvelut sekä eri ammattiryhmien roolit iäkkään kuntoutuksen toteutumisessa. (Liite 1, 2 ja 3.)

Toisen vaiheen työntekijöiden ryhmähaastatteluun valittiin kuusi (n=6) henkilöä. Harkinnanvaraisesti pyrittiin huomioimaan eri toimijat kattavasti. Mukana oli eri ammattiryhmien edustajia sekä työntekijöistä että lähiesimiehistä. Edustettuna olivat hoitotyö, kotihoito, kolmas sektori, lääkinnällinen kuntoutus sekä lääkäripalvelut. Kaikki toimivat työssään iäkkään kotona asumista tukevan kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa tai seurannassa. Tallennettu haastattelumateriaali litteroitiin. Aineistoa kertyi yhteensä 10 sivua, rivivälillä 1. Saatu aineisto luokiteltiin pääteemoittain ja vietiin seuraavan tason ryhmähaastatteluun johdolle tiedoksi ja keskusteltavaksi. Käsiteltäviksi teemoiksi valittiin kuntoutusosaamisen kehittäminen, oikea-aikaisuus, vaikuttavuus, moniammatillisuus ja matalan kynnyksen palvelut. (Liite 2 ja 5.)

Kolmannen vaiheen ryhmähaastatteluun valittiin kolme (n=3) hyvinvointitoimialan ylimmän johdon edustajaa. Valinnassa huomioitiin vastuualueiden edustavuus. Henkilöiden tuli edustaa aiempien ryhmähaastateltavien esimiehistöä mutta myös toimia mukana päätöksenteossa ja kehittämisessä. Tallennettua haastattelumateriaalia kertyi yhteensä 5 sivua, rivivälillä 1. Keskustelun sisältö on jaoteltu tuloksissa kuntoutusosaamiseen, vaikuttavuuteen ja matalan kynnyksen palveluihin. (Liite 2 ja 7.)

Iäkkäiden ja heidän omaisensa yksilöhaastatteluissa käytettiin aineistonkeruumenetelmänä puolistrukturoitua teemahaastattelua. Haastattelukysymykset koskivat iäkkään ja omaisen kokemusta kuntoutuksen sisällöstä, ajoituksesta, suunnittelusta, toteutumisesta, seurannasta ja hyödyllisyydestä. (Liite 4.) Vastaajat kertoivat oman käsityksensä haastattelijan antamasta teemasta. Kysymykset antoivat haastattelurunkoa keskustelun kululle pitäytyen käsiteltävissä aiheissa. (Anttila, 2007, 124.) Kysymysten laaja-alaisuus puolestaan antoi mahdollisuuden käsitellä aihetta haastateltavaa kiinnostavasta näkökulmasta hänen kykyään vastaavalla tavalla. Pääkysymysten lisäksi esitettiin tarkentavia kysymyksiä rohkaisemalla haastateltavaa täydentämään ja selittämään. Teemahaastattelun periaatteena oli pitää kysymykset avonaisina. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 106 -107.)

Työntekijöiden ja johdon haastattelut toteutuivat ryhmähaastatteluina. Keskusteltavat teemat olivat nousseet asiakas- ja omaishaastatteluista. (Liite 6 ja 8.) Tarkoituksena oli saada tietoa, miten asiat ymmärretään, minkälaisia kokemuksia ja asenteita heillä on työhön, tuotteeseen tai palveluun. Ryh-

mähaastattelua käytetään yhteisistä työkokemuksista tai kun ollaan kiinnostuneita muiden käsityksistä ja suunnitelmista. Onnistuneessa haastattelutilanteessa kuunnellaan, opitaan ja saadaan kimmokkeita omien ajatuksien esittämiseen. Ryhmädynamiikalla saatetaan tuoda luovalla tavalla esiin uusia näkökulmia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 126.)

Taulukko 2. Iäkkäiden kotona asumista tukevan kuntoutuksen kehittämistyön toteutus

<i>TAVOITE</i>	<i>MENETELMÄ</i>
1. Iäkkään kuulluksi tuleminen ja hänen kokemustietonsa valjastaminen kehittämistyön pohjaksi.	Iäkkään (n=5) ja omaisen (n=5) yksilöhaastattelut
2. Tiedon saanti iäkkään kuntoutukseen vaikuttavista tekijöistä	Haastattelujen analysointi ja tulosten teemoittelu toimijoiden haastattelua varten
3. Ymmärryksen lisääntyminen ja kuntoutukseen vaikuttavien asioiden avaaminen toimijoiden näkökulmasta	Ryhmähaastattelu (n=6) jossa edustajat hoitotyöstä, kolmannelta sektorilta, kotihoidosta, lääkinnällisestä kuntoutuksesta ja lääkäripalveluista
4. Toimintatapojen ja prosessien tarkastelu. Kehittämiskohteiden nimeäminen.	Haastattelujen analysointi ja tulosten teemoittelu
5. Kehittämiseen liittyvien haasteiden nimeäminen	Haastattelutulosten tarkastelu yhdessä tutkijan omien esimiesten kanssa
6. Saadun tiedon ja nykytilan välittäminen päätöksenteon tueksi tulevaisuuden haasteisiin	Hyvinvointitoimialan johdon (n=3) ryhmäkeskustelu teemoittain
7. Johdon näkemysten ja visioiden hyödyntäminen kehittämistyössä	Keskustelun pääkohtien yhteenveto
8. Tutkimustulosten käyttö iäkkäiden kotona asumista tukevan kuntoutuksen kehittämisessä	Kehittämistyön loppuraportin esittäminen omassa organisaatiossa

6 HAASTATTELUJEN TULOKSET

6.1 Asiakkaan ja omaisen kokemuksia iäkkään kuntoutuksesta

Iäkkäät osallistuivat mielellään haastatteluihin. Kuntoutus sanana tuntui aluksi vieraalta. Kysymysten kautta he kertoivat seikkaperäisesti kotona pärjäämisestään ja kuntoutuksistaan. Kokemuksia terveydenhuollosta oli kertynyt runsain mitoin. Erityistä kiitosta saivat ystävällisyys, yksilöllinen huomiointi ja kiireettömyys. Ammattilaisten osaamista ei kyseenalaistettu. Iäkkään mielipiteen huomiointi ja yhteinen kuntoutustavoitteen asettaminen tuntui monen mielestä hämmentävältä. Vaikka iäkkään näkemystä oli kysytty, eivät he kokeneet vaikuttaneensa suunnitelmien sisältöön. Kaikki omaishaastateltavat toivoivat enemmän tietoa iäkkään kuntoutuksen sisällöistä ja tavoitteista.

6.1.1 Kuntoutusta edistävät ja rajoittavat fyysiset tekijät

Fyysinen toimintakyky ilmenee kykynä liikkua ja liikuttaa itseään. Fyysisen toimintakyvyn kannalta tärkeitä ominaisuuksia ovat lihaskunto, kestävyyskunto, nivelliikkuvuus, asennon ja liikkeiden hallinta sekä keskushermoston toiminta. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat myös aistitoiminnot sekä terveydentila. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Taulukko 3. Tutkimuksessa todetut kuntoutukseen liittyvät fyysiset tekijät

FYYSISET TEKIJÄT	
EDISTÄÄ	RAJOITTA
Kokemus <ul style="list-style-type: none"> ▪ aiempi liikuntatausta ▪ arjen toimeliaisuus ▪ hyötyliikunta 	Yleinen heikkous <ul style="list-style-type: none"> ▪ heikko ravitseminen ▪ terveydentilat vaihtelut ▪ alentunut yleiskunto ▪ pitkittynyt vuodelepo ▪ kävelyn, ulkoilun vähyys
Harjoittelu <ul style="list-style-type: none"> ▪ sopiva rasitustaso ▪ yksinkertaiset/toiminnalliset harjoitteet 	Pystyasennon hallinta <ul style="list-style-type: none"> ▪ heikentynyt tasapaino ▪ huimaus ▪ toistuvat kaatumiset ▪ alavartalopukeminen
	Sairaudet/oireet <ul style="list-style-type: none"> ▪ sydänongelmat ▪ inko ▪ kivut, säryt ▪ heikentyneet aistit

Asiakas- ja omaishaastatteluihin useissa vastauksissa nousivat fyysisistä tekijöistä esiin kuntoutusta edistävänä tekijänä sopiva raskuus sekä yksinkertaiset ja toiminnalliset harjoitteet. Haastateltavat kokivat että kuntoutusinterventiot, erityisesti ryhmässä olivat usein kokonaisuutena liian kuormittava. Yksilölliset, kotona tehtävät harjoitteet puolestaan jäivät helposti tekemättä ilman tukea ja kannustusta. Harjoittelu jäi irralliseksi toiminnaksi eikä kiinnittynyt asiakkaan arkeen. Aiempi liikuntatausta auttoi ymmärtämään suunnitellun harjoittelun hyötyä. Arjen toimeliaisuuden tukeminen ja hyötyliikunta jäi harjoittelun laadinnassa liian vähälle huomiolle iäkkäiden kertoman mukaan.

”Ne haki jo niin aikaisin, piti nousta kuudelt ylös, en mä oikein tykänny. Siel en päässy pitkälle, vähän kaipasin sitä.”

”Antoi kaikennäköst, mitä tartin tehdä. Mä sain niit piirroksii, mitä on kaupunkin puolest tehty, tuol ne on pinos. Kyl ne hyvi ohjeita on, mut niit tartin tehdä. Ei ole tullut tehtyä, siinäpä se on.”

”Mutta yksinään kun ihminen on, saat lapun käteen, kyllä se valitettavan helposti jää siihen piirongin päälle. Jos jalkaa pitää nostaa, se ei nouse, miks mä sitä nostaisin. Kun koetaan että konttia pitää nostaa mukamas sen takia että se lappu käskee mun niin tehdä.”

Rajoittavista tekijöistä heikon ravitsemuksen koettiin haittaavan iäkkään jaksamista ja heikentävän kuntoutuksen toteutumista. Ruokahalu oli huono ja ateriovälit pitkiä. Paino oli lähes kaikilla haastateltavilla laskusuuntainen. Lämpimät ateriat korvattiin usein välipaloilla. Myös terveydentilan vaihtelut ja niihin liittyvät uudet hoitotaksot hankaloittivat suunniteltujen toimenpiteiden ja tavoitteiden toteutumista. Erityisesti toistuvat sairaalajaksoit veivät mielialaa alas ja kasvattivat huolta kotona pärjäämisestä uusien, todettujen lääketieteellisten löydösten myötä.

”Luopunut aamupuuron keitosta, mitä keittänyt 50 vuotta. Ei hän sitä tarvii, miks pelkästään itselle. Kun huolehti puolisoista, huolehti samalla itsestä. Kyl mä nyt täl pärjään. Lähtee luopumaan perusasioista, en viiti, pärjään näinkin. Helposti ei arvosteta itseään.”

Inkontinenssi, säryt, kivut, sydänongelmat sekä aistien heikkeneminen hankaloittivat kotoa lähtemistä ulos tai ryhmiin. Haastateltavat kuvasivat oireiden heikentävän täysipainoista harjoittelua ja luovan arkuutta toimia kodin ulkopuolella. Useimmat arvelivat olevansa heikompikuntoisia ja sairaita kuin muut samanikäiset. Harjoittelun aloittamiseen liittyi toive talven väistymisestä ja kelien

paranemisesta. Nykyinen kuntoutustarve ajateltiin erillisenä asiana eikä niinkään toimintakykyyn tai sairauksiin liittyen.

Kaatumisia ja huimausta esiintyi. Haastateltavat kuvasivat kaatumistapahtumia ja huimaustuntemuksia tarkasti mutta eivät kuntoutustoimenpiteiden jälkeenkään ymmärtäneet niiden syntyyn vaikuttaneita tekijöitä. Toimiminen oli tullut varovaisemmaksi ja vähäisemmäksi. Erityisesti kaatumiset olivat jääneet yksityiskohtineen vahvasti mieleen ja niiden kuvaaminen oli hyvin seikkaperäistä. Kaatumisenpelko oli voimistunut ja aktiivisuus arjen toiminnoissa vähentynyt. Ulkoilun määrä kaatumisten tai huimausten jälkeen oli merkitsevästi vähentynyt. Iäkkäät kokivat, ettei näihin liittyvää huolta ole otettu vakavasti. Omaiset kehottivat jatkossa iäkkäitä varovaisuuteen ja yksin liikkumisen minimointiin.

”Mä kaatui täs joku aika takaperin makuuhuonees, katos ja menin vaihtaa paitaa sit ku aamu oli. X (omainen) sano et mikses sä menny sänky reunal istuma ja sii mitä sun tarvis siel seisovalttas vaihta. Tykkä kato et pistä tost yht äkki vaa. Sin mä sekosi oman näppäryyteeni.”

Hyvänlaatuisen asentohuimauksen manööverien teoista iäkkäät hyötyivät mutta eivät varsinaisesti olleet kuitenkaan ymmärtäneet, mistä kyseinen huimaus johtuu ja miten jatkossa pitäisi toimia oireiden uusiuduttua annetusta informaatiosta huolimatta.

”Olin sängyn päällä, jalat ikkunaan päin. Olin niin kuin makkara sängyssä poikittain. Hän (ft) jotenkin, kädet oli jotenkin, en tiedä mitä teki. Pyörisin kasvot seinään päin. Ihan kuin pää olis tullu kaaheen köykäseks. Kysyi et mitä nyt ? En sanonu hälle mut aattelin et tais ruuvi pudota. Merkillinen, veti taakse vinoon. Nyt ei oo ollu.”

Ulkoiluun vähyyteen vaikutti osaltaan pukemiseen liittyvät haasteet. Syyksi ulos lähtemättömyyteen oli iäkkäiden kertoman mukaan hankalat talvivaatteet tai kenkien laitto. Sekä omaiset että kotihoito todettiin kiireiseksi ja muut avustettavat asiat ulkoilua tärkeimmäksi. Kokemus heikentyneestä tasapainosta oli myös rajoittava tekijä ulkoiluun. Jotkut kokivat myös häpeän tunnetta fyysisen toimintakyvyn heikkenemisestä. Naapureiden tapaaminen oli eräs ulkoilun ryhtymisen kuormitustekijä.

”Ulkoiluun pukeminen, ei viitseis. Kotiapu ehdotti ulkoilua. Oli puhetta, pukeminen on niin hankalaa.”

”...nouisis sängyst. Täytyy olla (omainen) aika kovapäinen, kun (iäkäs) aika äkkiä sanoo, jos ei menäkään ulos, rupertellaan täsä.”

6.1.2 Kuntoutusta edistävät ja rajoittavat psyykkiset tekijät

Psyykkinen toimintakyky liittyy elämänhallintaan ja henkiseen hyvinvointiin. Kyse on voimavaroista, joiden avulla selviydytään arjen haasteista ja vastoinkäymisistä. Ihminen on persoona, joka tuntee, kokee ja muodostaa käsityksiä itsestään ja ympäröivästä maailmasta. Psyykkiseen osa-alueeseen kuuluvat myös kyky suunnitella elämäänsä ja tehdä siihen liittyviä ratkaisuja ja valintoja. Psyykkisesti toimintakykyinen ihminen tuntee voivansa hyvin, arvostaa itseään ja luottaa kykyihinsä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015.)

Taulukko 4. Tutkimuksessa todetut kuntoutukseen liittyvät psyykkiset tekijät

PSYYKKISET TEKIJÄT	
EDISTÄÄ	RAJOITTA
Kuntoutustarpeen hyväksyminen <ul style="list-style-type: none"> ▪ tahto, halu, motivaatio ▪ usko omaan yrittämiseen ▪ halu pärjätä kotona ▪ pelko laitokseen joutumisesta 	Voimavarat <ul style="list-style-type: none"> ▪ alentuneet psyykkiset voimavarat ▪ merkityksettömyyden tunne ▪ passivoituminen ▪ huoli muista asioista ▪ uskalluksen puute
Positiivinen kokemus <ul style="list-style-type: none"> ▪ yksilöllisyys ▪ kuulluksi/nähdynksi tuleminen ▪ aiemmat kuntoutukset 	Pelko, epäily, asenne <ul style="list-style-type: none"> ▪ uusi asia koetaan pelottavana ▪ kuntoutus/apuväline merkitsee luopumista/romahdusta ▪ toimintakyky yksityisasiana
Kuntoutuksen toteutuminen <ul style="list-style-type: none"> ▪ rutiinin luonti ▪ aloituskynnyksen ylittäminen ▪ koettu hyöty motivoi 	Kokemukset <ul style="list-style-type: none"> ▪ traumatisoituminen kaatumisesta ▪ menetykset, surut, katkeruus

Kuntoutusta edisti selkeästi usko omaan yrittämiseen. Haastateltavat kokivat yksilöllisyyden sekä kuulluksi ja nähdyksi tulemisen motivoivaksi. Oma halu, tahto ja motivaatio olivat myös ratkaisevia tekijöitä suunnitellun kuntoutuksen toteutumiseen.

” Koko ajan oli semmonen olo kun niin pal tutkittiin niin just se et mä koin et mä olin siis semmosena kohteena et must välitettiin ja sit haettiin sitä mil minuu autetaa...”

”Sä koet et sä oot ihminen ja kohdellaan ihmisenä ettei vaan jonain numerona se ja se.”

”Se oli semmonen kokemus et se antoi, kui mä ny sanoisin, siel oli semmosii ihmisii, jotka todella kuunteli, ymmärsi ja mä todella sain sielt semmost uskoo siihen et en mä yritä turhaan. Se on hyvä et jututetaan ja kysellään.”

Aiemmat kuntoutuskokemukset vaikuttivat haluun käynnistää uusia kuntoutustoimia. Iäkkäät muistelivat erityisesti saamaansa kohtelua, ei niinkään kuntoutuksen sisältöä tai hyötyä. Kuuntelua, ymmärrystä ja kannustusta arvostettiin. Mieleen olivat jääneet työntekijän kiinnostus iäkkään elämänsä historiaan, turvallinen ilmapiiri ja humoristiset sutkautukset.

”Henkilökemiat tai jotain, toiset tarvii niin sanotusti lupsakamman. Et tää on niinku uus asia ja toi on uus ihminen. Ehkä meillä myös oli sitä et siel lappas sit jo niin paljon väkee hushhollissa et hän koki vähän et tää ei oo enää hänen koti kun hän on vaan niinku pelinappulana.”

”Kyl se kaik hyödyllist oli. Oli niit telinei kun voimisteltiin ja käsivoimii ja sama jaloil. Sit mentiin kävelemään simmoseen mis molemmil puolil oli simmoset puut et sai pittää kiinni ja käveltiin siel mis ol reikiä laitettu ja mihin astutaan. Ohjaaja sanoi et huilataan välil, huilattiin pien aika ja taas ruvetiin.”

Kuntoutuksen toteutumiseen liittyi olennaisesti aloituskynnyksen ylitys ja kuntoutusrutiinien luonti. Kannustusta ja seurantaa kaivattiin. Saadut kirjalliset ohjeet olivat lähes poikkeuksetta tallella ja tekemättä. Niitä ihasteltiin ja arkistoititiin mutta iäkkäät eivät kokeneet niiden liittyvät omaan arkeensa.

”Mä oon sitä mielt et kaik se on hyvää mitä siel neuvotaa ja sanotaa. Se on ittest kii, ku ei viiti tehdä. Mut se on iha toisenlaine ku tekis ja ei voi sano, ne on antanu nii pal paperii mukka ja kaikkii piirustuksii et vois tääl koton tehdä.”

”Kynnys kun aattelee et joutuu yksin menemään sinne. Jos siihen sais jonkun simmosen ryhmän, mis tulis tutuks. Odottaa sitä päivää.”

Lähes kaikki haastateltavat toivat esiin heikentyneiden psyykkisten voimavarojen vaikutuksen fyysisen kuntoutuksen toteutumisen estäjänä. Alentunut mieliala, merkityksettömyyden tunne ja huoli

muista asioista passivoi asiakasta. Erityisesti aiemmin omaishoitajana toimineet kokivat itsensä arvottomiksi eivätkä olleet kiinnostuneita omaa toimimistaan kohentaviin tukitoimiin. Ystäviä ei enää ollut, naapureiden kanssa ei oltu tekemisissä ja sukulaiset olivat kiireisiä. Kotihoidon työntekijät edustivat käynneillään vaihtelua ja yhteyttä ulkomaailmaan. Pyydettyihin sukulaisvierailuihin ei enää uskallus riittänyt. Fyysinen harjoittelu koettiin toissijaisena vaikka juurikin fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen koettiin hankaloittavan arkea. Usean haastateltavan mieltä painoi jokin nuoruudesta noussut tapahtuma. Jonkin verran keskusteluissa oli mukana myös katkeruuden tunteita sekä luonnollisesti myös surua ja kaipausta puolison, sisaruksen tai lapsen menetyksestä.

”Mä luulen et, tää on oletus, se on aika kova pala tiedäksä, kun mä hoitelin miestä ja sit mä olin hetken päästä itte semmonen et toisten täytyy olla joka taval auttamas. Se on simmone et siin niinku romahtaa.”

Toimintakyky koettiin myös jossain määrin yksityisasiana. Avun, kuntoutuksen tai apuvälineen vastaanottaminen koettiin luovuttamisena tai romahduksena. Kaupungin tukitoimet saatettiin kokea jopa vaivaisapuna, köyhäinapuna kunnalta. Kuntoutus sanana edusti joillekin jotain pelottavaa, uutta ja juhlallista tai sitten jonkinlaista nuoruuden urheilua.

”Nousu hankalaa, tarttis sänky korottaa, mut en. Mitä aikaisemmin mä passaan itteni, sitä hullumaks rupee käymään. Ei saa antaa periks. Kun mä nyt saisin taas tahdonvoimani takasi.”

”Me puhutaan nyt sen ikäisist ihmisist, ettei koskaan saa mihinkään. Se on se kynnys niin suuri lähtee sinne muitten kans. Ne ei oo tottunu siihen. Ne on sen työyhteisön käyny ja sit ne on tehny kotiaskareet ja se on jääny siihen. Eihän nää ihmiset käyny ku sukulaisis korkeintaan. Liikuntaa ei voi heil edes markkinoida, siis jonain muuna, jonain muuna tämmösenä.”

”Ei siihen maailman aikaan lähetty mihinkään jumppaan. Kyl se perustu ihan siihen arkityöhön ja mettähommiin ja kaikkeen tämmöseen,hyötyliikuntaan nimenomaan. Hän käveli paljon ja kyl hän sillai niinku kävi lenkillä. Mut sit se yleensä hyödynnettiin sillai et otettiin kori kätteen ja painuttiin samalla puolukkamettään. Voimistelu on vieras asia.”

6.1.3 Kuntoutusta edistävät ja rajoittavat sosiaaliset tekijät

Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa iäkkään aktiivista toimimista sosiaalisessa verkostossa, yhteisössä tai yhteiskunnassa mahdollisuuksiensa ja rajojensa puitteissa. Vuorovaikutustilanteisiin liittyvät rooleista suoriutuminen, osallistuminen sekä yhteisöllisyyden ja osallisuuden kokeminen. Sosiaalinen toimintakyky sisältää siis kaksi ulottuvuutta, vuorovaikutussuhteet sekä toimimisen osallistujana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Taulukko 5. Tutkimuksessa todetut kuntoutukseen liittyvät sosiaaliset tekijät

SOSIAALISET TEKIJÄT	
EDISTÄÄ	RAJOITTA
Vertaistuki <ul style="list-style-type: none"> ▪ huumori ▪ rohkaisu ▪ ilmapiiri ▪ jutustelu ▪ ryhmät 	Pelko <ul style="list-style-type: none"> ▪ vieraat ihmiset ▪ koti turvapaikka muistisairaille ▪ ennakkopelko pärjäämisestä sosiaalisissa tilanteissa
Verkosto <ul style="list-style-type: none"> ▪ tieto suunnitelmista ▪ ymmärrys, kiinnostus, kannustus ▪ puoliso, omainen, ystävät ▪ kävelykaveri 	Eristäytyneisyys <ul style="list-style-type: none"> ▪ leskeys/luovuttaminen ▪ koettu yksinäisyys ▪ lähipiirin pienentyminen ▪ omaiset uupuneita
	Asenteet <ul style="list-style-type: none"> ▪ ei halua vaivata/pyytää apua ▪ halu selvittää edelleen itse puutteellisista voimavaroista huolimatta ▪ ryhmävastaisuus

Toisten iäkkäiden kohtaaminen ja ajatusten vaihto koettiin voimaannuttavana tekijänä. Toisaalta lähipiirissä olevien sairastutumisten ja laitokseen siirtymisten kuuleminen lisäsi omaa toivottomuuden tunnetta. Ryhmissä käynnit antoivat sisältöä ja rytmiä yksinäisiin päiviin. Aiemman myönteisen kokemuksen myötä niihin haluttiin uudelleen osallistua.

”Ryhmäjumpassa meni kivasti, heitettiin huulta välil. Lähtemisen tuska mutta palkitsee kun vaa tulee lähdettyä.”

”...valtavan fiksu nainen ohjaamassa. Hyvin sovittiin yhteen ja juteltiin paljon. Mut sit mä tulin sim-moseks vaan etten mä pystyny ja lopetin siel käymisen. Mä oon ollu muutamis paikois, tykkään et se oli oikein hyvä paikka.”

Omaisiet kaipasivat enemmän tietoa suunnitelmista. Tällöin he kokivat että pystyivät enemmän tuke-maan kuntoutukseen osallistumista, eivätkä toimimaan ristiriitaisesti annettujen ohjeiden suhteen. Heidän mukaansa iäkäs ei ollut välttämättä ymmärtänyt suunnitelmien sisältöä ja harjoittelun tavoit-tetta. Tukiverkoston keskusteluilla ja kannustuksella saatiin myös aloituskynnystä madallutettua ja siten rohkaistua iäkästä aloittamaan ehdotettua toimintaa. Keskustelemalla saatiin myös suunnitel-miin liittyvät pelot ja tunteet käsiteltyä.

”Hyvä kuulla, mitä siellä taustalla tapahtuu. Yhteiset intressit omaisilla ja hoidossa, halutaan auttaa ja tukea. Omainen ei aiheuta hämmennystä vaan tietää, mistä puhuu, mitä tulossa ja kannustaa. Ettei vaan terveydenhuollon tädit puuhaile jotain jossain, ettei vaan omainen puuhaa jotain, vaan kaikilla on tieto, mitä tavoitellaan.”

”Iäkäs pohtii yksin tilannettaan, aikaa on. Käy kuntoutuksen väkeä, virkamiehiä käy puhumassa, omainen menee ei tiedäkään, mitä täs tapahtuu. Hyvä päämäärän saavuttaminen, ristikkäisten vies-tien, tietämättömyyden johdosta tulee jopa mahdottomaksi. Omainenkin sanos, et ei tämmöstä. Yh-teinen maali loittonee.”

Haastateltavat eivät mielellään halunneet kuormittaa omaisia tai pyytää heiltä apua. Useimmat koki-vat että on velvollisuus sinnitellä itse ilman apuja. Iäkkäät myötäelivät vahvasti lähipiirin työkiireitä, uupumusta, sairauksia ja kriisejä. Lähiverkostoon kuuluvat olivat hekin monet jo eläkkeellä tai heitä ei ollut. Yksinäisyyden kokemus nousi vahvasti esille lähes kaikilla haastatelluilla iäkkäillä. Kotihoi-don käynnit koettiin merkityksellisiksi pitkien päivien piristykseksi. Haastatteluissa ilmeni selkeästi tarvetta keskustelukavereille mutta myös ulkoiluystävälle. Vielä vuosienkin jälkeen leskeytyminen saa haastateltavat itkettymään ja muistelemaan, miten yhdessä tuli lähdettyä toimintoihin ja ulkoiltua. Erityisesti omaishoitajuuden päättymisen jätti mittavan merkityksettömyyden tunteen jäljelle, omaan kuntoutukseen sitoutuminen oli vähäistä.

6.1.4 Kuntoutusta edistävät ja rajoittavat kognitiiviset tekijät

Kognitiivinen toimintakyky on tiedonkäsittelyn eri osa-alueiden yhteistoimintaa. Kognitiiviset toiminnot liittyvät tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön. Tämä toimintakyvyn alue käsittää muistin, oppimisen, keskittymisen, tarkkaavuuden ja hahmottamisen. Siihen kuuluvat myös orientaatio, ongelmien ratkaisu, toiminnanohjaus sekä kielelliset toiminnot. Tiedon käsittely ja oppiminen ovat myös keskeisiä psyykkisiä toimintoja mutta kun viitataan muistiin ja oppimiseen, käsitellään kognitiivista toimintakykyä omana osa-alueenaan. Omaiset ovat usein huolissaan iäkkään kognitiivisesta toimintakyvyn alenemisesta. Nämä huolenaiheet on otettava vakavasti. Kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen tapahtuu usein vähitellen eikä iäkäs itse välttämättä sitä tiedosta. Toiminnalla on myös aina jokin tarkoitus ja merkitys. Jos toimintaa ei koe itselleen arvokkaaksi ja mielekkääksi, ei myöskään aktivoidu. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Taulukko 6. Tutkimuksessa todetut kuntoutukseen liittyvät kognitiiviset tekijät

KOGNITIIVISET TEKIJÄT	
EDISTÄÄ	RAJOITTA
Ymmärrys <ul style="list-style-type: none"> ▪ markkinointi ▪ selkokieli ▪ vaihtoehdot ▪ perustelut/hyöty ▪ arjen toimintaan liittäminen 	Sisältö <ul style="list-style-type: none"> ▪ tarpeetonta, turhanpäiväistä ▪ kuntoutus koetaan suurena muutoksena
Oppiminen <ul style="list-style-type: none"> ▪ rauhallisuus, kiireettömyys ▪ luottamus ▪ kirjalliset ohjeet ▪ aikaa tutustua asiaan ▪ kertaus, seuranta ▪ positiivinen tuki, voimavarojen hyödyntäminen 	Omaksuminen <ul style="list-style-type: none"> ▪ liian nopeatempoista ▪ merkitys ei selvillä ▪ toimijoille liian itsestään selvää ▪ informaatiotulva

Ymmärrys toteutuneen tai suunnitellun kuntoutuksen sisällöstä oli haastateltavien mukaan puutteellista. Haastateltavat iäkkäät kertoivat aloittavan harjoittelun, kunhan tulevat parempaan kuntoon toimintakyvyltään. Kuntoutusta ei osattu liittää arjen puuhasteluun tai toimintakyvyn kohentamiseen. Toteutunut harjoittelu miellettiin enemmänkin sosiaalisena tapahtumana ryhmissä tai yksilöllisesti. Kuntoutusjaksojen jälkeen koettiin kuitenkin yleistä voimaantumisen tunnetta. Fyysisestä harjoitte-

lusta johtuneet tuntemukset olivat joillakin ollut syy päättää harjoittelu. Myös oireilevat perussairaudet veivät huomiota ja vähensivät motivaatiota kuntoutukseen. Itsenäinen harjoittelu ei ollut toteutunut ilman kotihoidon tai omaisen tukea kellään haastatelluista. Ulkoilua ei harrastettu siinä määrin kun oli ohjeistettu. Ne haastateltavat, jotka olivat saaneet rauhallista ja kannustavaa ohjausta, ymmärsivät myös tavoitteet paremmin ja sitoutuivat harjoitteluun. Kiireettömyys ja luottamuksen saavuttaminen työntekijään edesauttoi parempaan ymmärrykseen fyysisen kuntoutuksen tavoitteista. Kiireiset käynnit, joissa mahdollisesti oli monia toimijoita, jättivät iäkkään hämmentyneeseen informaatiotulvaan. Työntekijöille itsestään selvät asiat eivät välttämättä olleet auenneet iäkkäille. Suullisesti sovitut uudet asiat eivät olleet jääneet iäkkään mieleen, niistä oli muodostunut erilainen kuva tai asia oli jäänyt jossain määrin epäselväksi. Joillekin haastateltaville ei ollut myöskään selvinnyt kuka ja mistä työntekijä oli. Iäkkäät hyötyivät kirjallisesta yhteenvedosta, josta ilmenivät todetut asiat, suositellut toimenpiteet, yhteystiedot ja seuraava yhteydenotto. Seuranta ja iäkkään uudelleen tapaaminen lisäsivät molemminpuolista ymmärrystä ja erityisesti iäkkään motivoitumista. Työntekijöiden paneutuminen iäkkään maailmaan, kiinnostuksen kohteisiin ja voimavaroihin edesauttoi kuntoutumisen parempaan etenemiseen. Iäkkään mahdollisesti kokema turhanpäiväinen ja tarpeeton toiminta tulisikin muokata asiakaslähtöisemmäksi ja mielekkäämmäksi.

”Omaisena olisin tuntenut asiakkaan ja olisin tiennyt, miten hänen kannattaa suhtautua ja miten olisi niitä asioita markkinoitu. Mulla on vähän semmonen olo et mentiin liian kovalla tahdilla et nyt tehdään tätä ja tätä. Siin kohtiin mejän x pistää jarrut päälle. Hän sanoo et tää on hänen kotonsa ja hänen hommansa. Olis vähän pitäny olla sitä pelisilmää ehkä enemmän.”

”Se tarttis tehdä sit sillä tavalla, et annettais niin kuin jonkunlaiset vaihtoehdot valmiit eikä tämmöst blankko-tyyppist kysymystä, mitä sä haluaisit. Sit viel kun se olis yksinkertaisesti vielä paperilla, et sais viel käynnin jälkeen rauhas tutustua siihen, ettei se jää siihen. Jos miettii omaisen kannalta, kun siel olis joku lappu, x aina näyttää ne laput, pystyis ittekin paremmin siinä kun keskustelus on aika vaikee kun mitä hän siit sit muistaa.”

”Jos lähestymistapa alkuun heti on jollainlailla, he kokee sen epämiellyttäväks, se tulee silloin nopeesti niinkun valmiiks. Kyl he vaatii simmosen hyvinkin perusteellisen perustelun siit et mitä hyötyä siit tavallaan on, oletetaan vaan et me tarjotaan vaan ja pidetään asioita liian itsestään selvänä.”

6.1.5 Kuntoutusta edistävät ja rajoittavat ympäristötekijät.

Toimintakyky on aina sidoksissa toimintaympäristöön. Ympäristö voi joko tukea tai rajoittaa iäkkään toimijuutta. Asuin- ja elinympäristön toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa viihtyisyys, turvallisuus, esteettömyys, sosiaalinen ympäristö, palveluympäristö ja teknologinen ympäristö. Neuvonta, ohjaus ja harjoittelu olisi kohdistettava mahdollisimman paljon iäkkään todelliseen elinympäristöön. Jos iäkkään henkilön liikkumiskyvyssä havaitaan heikkenemistä tai hänellä todetaan kaatumisriski, on erityisen tärkeää arvioida nykyinen toimintaympäristö. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Taulukko 7. Tutkimuksessa todetut kuntoutukseen liittyvät ympäristötekijät

YMPÄRISTÖTEKIJÄT	
EDISTÄÄ	RAJOITTAA
Tukipalvelut <ul style="list-style-type: none"> ▪ apuvälineet ▪ kuljetus, taxi-kortti ▪ yhteyshenkilö ▪ neuvontapalvelut 	Oikea-aikaisuus <ul style="list-style-type: none"> ▪ kaatumisiin ei ole puututtu ▪ kuntoutus liian myöhään ▪ puutteellinen seurata/hoitovastuu
Ammattilaiset <ul style="list-style-type: none"> ▪ asiantuntijuus, kiinnostus ▪ ymmärrys yhteisistä tavoitteista ▪ kokonaisvaltaisuus ▪ moniammatillinen yhteistyö ▪ tiedonkulku ▪ oikea-aikaisuus ▪ kotihoidon kuntouttava työote 	Kustannukset <ul style="list-style-type: none"> ▪ kotihoidon palvelumaksut ▪ ulkoiluystävän korvaus/saatavuus
Toimiminen/harjoittelu <ul style="list-style-type: none"> ▪ aktivoiva, tuttu, turvallinen ympäristö ▪ kotiympäristössä tapahtuva harjoittelu ▪ lähipalvelut ▪ palvelutaloasuminen toiveena 	Toimintaympäristö <ul style="list-style-type: none"> ▪ parvekkeet ja pihat haastavia ▪ yksin ulkoilu turvatonta ▪ muistisairaat/levottomat hankaloittavat muiden kuntoutumista

Kaikki haastateltavat arvostivat saamiaan apuvälineitä. Ilman niitä itsenäinen toiminen kotona ja erityisesti liikkuminen olisi ollut mahdotonta. Liikkumisen apuväline myös mahdollisti fyysisen harjoittelun kotona, ryhmissä ja ulkona. Kodin ulkopuolisen liikkumisen tukena olivat myös myönnetty taxi-

matkat, ryhmiin järjestetyt kuljetukset sekä omaisten toteuttamat henkilöautokyydit. Bussilla ei kukaan haastateltavista kyennyt kulkemaan edes avustajan tukemana. Avustajan tai omaisen rooli koettiin merkittävänä muutoinkin.

Kotihoidon apu ulkoilun tukemisessa oli arvostettua samoin heidän kuntouttava työotteensa siinä määrin kuin kiireisiltä käynneiltä aikaa riitti. Moniammatilliset, yhteiset, kuntoutukseen liittyvät ja sitä tukevat tavoitteet eivät asiakkaiden ja omaisten kertomusten mukaan olleet välttämättä heidän tai toimijoiden tiedossa. Tiedonkulku oli haastateltavien kokemuksen mukaan haaste. Kotihoidon lukuisat työntekijät eivät aina tunteneet iäkästä. Tutut työntekijät osasivat puolestaan vaatia ja odottaa iäkkään omaa aktiivista osallistumista arjen toimeliaisuuteen yksilöllisesti laaditun arkiliikkumissopimuksen mukaisesti. Myös passiivista avustamista ja puolesta tekemistä esiintyi jossain määrin.

”Kotihoidolle sanoin, tee sämpylät valmiiks, kotiapu sanoi et sä saat ne ittekin tehtyä. Niinpä, se rupes mult käymään, hyvä juttu.”

”X ei nouse ylös ennen kuin hoitajat tulee, kattoo vaan kellost. Kun hoitajat tulee ruvetaan hommiin. Ylös ylös vaakaan ja pesukoppiin.”

Lääkinnällisen kuntoutuksen työntekijät saivat kiitosta asiantuntijuudesta ja paneutumisesta iäkkään asiaan. Ryhmätoimintaan osallistuneet iäkkäät jännittivät menoa nukkumalla katkonaisesti edeltävän yön. Ryhmissä ja erityisesti osastoilla olleet levottomat muistisairaat vaikeuttivat haastateltavien kuntoutumista. Osastolta kotiutumista kiirehdyttiin iäkkään ja omaisen toimesta juuri tämän takia.

Osaston sairaanhoitaja sanoi et menes välil kävelemään, oli tosi hyvä pitkä kongi. Yks nainen (ft) oli mukana. Vähän kävelin mut olin sängyssä suurin osa aikaa. Päiväsalis oli huonokuntoisia, mieluumin olin omas huonees. Toiset jutteli oikein asiaa, toisil oli tieto pois. Se on ikävää ja raskasta keskustella jos toisel ei oikein pää pelaa.”

Omaiset toivoivat kuntoutuksen yhteyshenkilöä monien toimijoiden sijasta. Helppo yhteydenotto, toiveiden esittäminen, informaation saaminen ja suunnitelmien tarkennus helpottaisi iäkkään kuntoutuksen tukemista omaisen näkökulmasta. Kuntoutuksen seuranta ja hoitovastuu todettiin jossain määrin puutteellisiksi. Omaiset eivät tienneet kuntoutusjaksojen pituutta eivätkä olleet saaneet tietoa varsinkaan niiden päättymisistä. Tietoa jatkomahdollisuuksista ja –suunnitelmista kaivattiin. Ulkoiluystävällisyydestä oltiin kiinnostuneita. Kyseisen palvelun saatavuus oli ongelma. Iäkkäät itse arvelivat

maksun olevan heille este, omaiset eivät maksua kokeneet ongelmalliseksi. Samoin oli myös kotihoi-
don maksujen laita. Omaisten rooli ulkoilun tukemisessa oli pieni joko kiireistä tai omasta jaksami-
sesta johtuen.

*”Olin (omainen) kyllä tosi pettynyt, se loppu kun seinään. Kaipasin, miten jatkossa toimitaan, mihin
voin ottaa yhteyttä. Se vaan katottiin et hankala tapaus ja se oli siinä. Hän ei halua ja sillä selvä. Mut
mä en ollu missään vaiheessa niinku siinä mukana, en suunnittelemassa, enkä kattomassa, mä en
todellakaan tiedä, mitä siellä tehtiin.”*

Palvelutaloasuminen kiinnosti useimpia haastateltavia. He kokivat että osallistuminen fyysiseen har-
joitteluun olisi helpompaa samassa rakennuksessa. Nykyiset pihat ja parvekkeet olivat hankalia liik-
kumisen ja siirtymisten näkökulmasta. Taloyhtiöiden pihapenkit olivat sijoitettu hankalien reittien
varrelle tontin perälle. Esille nousi myös turvattomuus liikkua yksin kaupunkialueella. Sekä haasta-
teltavat iäkkäät kuten omaisetkin toivat esille toiveen fyysisestä harjoittelusta kotona tai tutulla lähi-
alueella. Tuttu ja turvallinen lähialue tuntui helpommalta saavuttaa.

*”Ei ole naapureiden kanssa missään tekemisissä. Se on semmonen tyypillinen turkulainen kerrostalo.
Lapsenlapsi käy hänen kanssaan joskus viereises puistos istuskelemassa.”*

Liikkumisen vähittäiseen heikkenemiseen, kaatumisriskeihin, horjahduksiin ja jopa kaatumisiin ei
aina puututtu. Useat haastateltavat kertoivat kaatumisistaan. Heidän kertomansa mukaan eri ammat-
tiryhmät olivat sivuuttaneet asian koska näkyviä vammoja ei ollut sattunut. Asia oli todettu ja jäänyt
siihen toteamuksella ”hyvä ettei käynyt pahemmin”. Pahimmat kaatumiset oli selvitelty joko ensihei-
don toimesta tai lääkärikäynnillä. Kuntoutustoimenpiteet alkoivat liian myöhään, vasta kun ongelmat
olivat jo suuria. Kaikki haastateltavat iäkkäät että omaiset totesivat että tarvetta kuntoutukselle olisi
ollut jo paljon aiemmin, nyt vaikuttavuus oli jo heikkoa. Haastateltavat ilmaisivat edelleen halua pa-
rantaa tai ylläpitää toimintakykyä kotona pärjäämisen näkökulmasta mutta vastauksista kuului epä-
usko toiminnan tarkoituksenmukaisuuteen.

*”Se (kuntoutus) tuli aivan liian myöhään. Sinällään hyvä idea että tapahtuu kotona koska kaikki van-
hukset ei oo valmiita lähtemään tommosiin ryhmiin. Kunto oli siinä vaiheessa sitte vaan niin huono
että se oli vaikuttanut siihen motivaatioon. Hän ei niinku uskonu siihen et siit on jotta apua, hän koki
sen lähinnä semmoseks pelleilyks.”*

”Tasapaino-ongelmia, kaatumisia oli ollut, näihin ei reagoitu. Kysyttiin niistä aina joka kerta, ei selvitelty. Se oli vaan semmonen toteamus et näin on käynyt ja sit vähä niinku kysyttiin. Meidän x selitti et pääst vinttas eli tarkotti et ne lääkitykset, kun paljon syö lääkkeitä, varsinkin aamulla, niin siitä tulee semmonen hönttyrä olo, vetää niinku mustaks, jos nousee tuolista ja näines. Kaatumisista tuli aina mustelmia mut viimeisel kerral tuli sitte tää lonkkamurtuma.”

”Sun pitää joutua ensin sairaalaan, jotta sä saat tietoo, jotta joku laittaa jonkun lapun eteenpäin.”

6.2 Työntekijöiden näkemyksiä iäkkäiden kuntoutuksesta

Työntekijöiden ryhmähaastattelun teemat valikoituivat asiakas- ja omaishaastattelujen tuloksista. Dialogissa iäkkään kuntoutumisen toteutumista pohdittiin oman ammattiryhmän roolin mutta myös yhteistyön näkökulmasta. Nykyisen toimintatavan lisäksi keskusteltiin lähipalvelutarpeesta sekä tulevaisuuden visioista. Keskustelujen taustaksi haastatteli esitti iäkkäiden ja omaisten haastattelujen suoria lainauksia liittyen kuntoutuksen toteutumiseen ja oikea-aikaisuuteen.

Ryhmädialogissa saadaan moninaisempi ja antoisampi asian tarkastelu kuin yksilöhaastattelussa. Keskustelussa pyritään ymmärtämään erilaisia näkemyksiä ja kokemuksia samasta asiasta. Tämä mahdollistaa kokonaisnäkemyksen tuottamisen käsiteltävästä temasta. Dialogiin osallistuva antaa oman luovan panoksensa yhteisen merkityksen tuottamiselle. Parhaimmillaan dialogi tarjoaa yksilölle ja ryhmälle turvallisen tilanteen yhteisvoimin arvioida, tutkia ja hahmottaa kokonaisuuksia. (Heikkilä & Heikkilä 2001, 9-10.)

6.2.1 Kuntoutuksen toteutuminen

Kuntoutussanan määrittelyssä todettiin haastateltavien mukaan eroavaisuutta. Jokainen ammattiryhmä ja työntekijä määrittelevät kuntoutuksen oman tehtävänsä näkökulmasta. Haastateltavien mukaan kuntoutus mielletään toisinaan pelkästään terapiaksi. Terapeuttien todettiin olevan oman alansa asiantuntijoita ja kuntoutujan rinnalla kulkijoita. Kuntoutustyön tulisikin olla iäkkään kuntoutumisen tukemista arjen hallinnassa. Osa kuntoutuksesta on sopeutumista toimintakyvyn heikennyttyä. Iäkäs voi kokea näköalattomuutta, häpeää, eikä välttämättä tiedä oikeuksiaan tai mahdollisuuksiaan palvelujen saamiseen. Kuuntelun ja kuulluksi tulemisen myötä saadaan mahdollisuudet, jäljellä olevat voimavarat ja motivaatio näkyväksi. Oman elämän hallinta ja tieto mahdollisuuksista todettiin iäkkään

kuntoutuksen suunnittelun lähtökohdaksi. Yksilönä kohtelu koettiin tärkeäksi. Ensimmäiseen tapamiseen liittyy myös kuuntelu elämän historiasta ja iäkkäälle merkityksellisistä asioista. Näiden ympärille tulee rakentaa mielekäs kuntoutumisen suunnitelma.

Kysytäänkö iäkkäältä, mitä hän haluaa? Haluaako hän laitoshoitoon vai suoriutua itsenäisesti kotona. Jos ongelmana on wc-istuimelta ylös nousu, on tärkeää auttaa iäkästä ymmärtämään että tietty harjoitus tähtää juuri hänen nimeämäänsä arjen haasteeseen. Haastattelussa ilmeni että suunnitelmia tehtiin eri yksiköissä mutta helposti ne jäivät toteutumatta ja varsinkin liittymättä arkeen kyseisen hoitojakson ja – vastuun päätyttyä. Monilla iäkkäillä toimintakyky heikkenee edelleen entisestään ja ongelmat kasvavat moninaisemmiksi. Fyysisen heikkenemisen lisäksi tulevat helposti mukaan sosiaalisen ja psyykkisen alueen ongelmat. Usein tässä vaiheessa tarvitaan kolmannen sektorin toimijoiden apua arjen hallinnan ja hyvinvoinnin palauttamiseksi. Haastattelussa nousi esiin termi toimijuus tarkoittaen iäkkään mielekästä elämää omassa kodissa ja toimintaympäristössä.

Osastotyössä sekä kotihoidossa kaivattiin enemmän toimintakulttuurin muutosta ja iäkkäiden aktiivointia. Miksi aamupala tuodaan sängyn viereen? Miksi sängyt pedataan valmiiksi? Miksi annetaan nokkamuki sen sijaan että nousisi istumaan? Voisiko iäkä pestä hampaansa itse ja keittää aamupuuronsa? Itsenäinen tekeminen toimisi samalla myös hyvin havainnoinnin ja harjoittelun välineenä. Tämän suhteen ongelmaksi koettiin maksavan asiakkaan ja omaisen näkökulma palvelun saamisesta. Kaikkien toimijoiden kohdalla ongelmaksi nousi kiire ja jossain määrin myös työrooli. Halua oli, muttei välttämättä mahdollisuutta kuunnella ja keskustella iäkkään kanssa, olla asian äärellä. Työntekijän toimintaa ohjaavat enemmänkin asiakasmäärät, ajankäyttö ja toiminnan sisällön kirjaaminen. Osastoilla todettiin olevan kaikilla ammattiryhmillä hyvä mahdollisuus havainnoida iäkkään toimimista ja selviytymistä. Toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten kirjaaminen ja korjaaminen perustuu havainnoinnin lisäksi omaisen ja mahdollisen kotihoidon haastatteluun ja aiempiin kirjauksiin. Tärkeimpänä kuitenkin on iäkkään oma näkemys muutokseen ja sen aiheuttamaan huoleen.

Terapeutit kokivat että iäkkäiden kuntoutusjaksot olivat usein riittämättömiä. Myös osastojaksot olivat eri toimijoiden mukaan lyhyitä ja kotiutukset nopeita. Hoito- tai kuntoutusohjeet saattoivat olla läpikäymättä ja pahimmillaan ne annettiin mukaan vasta kotona luettaviksi. Luottamuksen saavuttaminen ja tavoitteiden ymmärtäminen vaatii aikaa iäkkäältä. Kotiutuessa todettiin olevan liikaa kiirettä ja informaatoruuhkaa. Erityisesti muistiongelmaiset eivät pysty käsittelemään saatua ohjeistusta. Annettujen neuvojen läpikäynti ja siirtäminen arkeen vaatii työntekijöiltä iäkkään kognitiivisten taitojen

ymmärrystä ja osaamista. Hoitotyöntekijöillä esiintyi täydennyskoulutustarvetta iäkkään kohtaamiseen ja hänen toimimisensa ymmärtämiseen. EKSOTE- malli (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri) koettiin hyväksi, kertaalleen tehty hyvä työ kantaa hedelmää. Ensimmäisellä tapaamisella käytetty aika tuottaa paremman lopputuloksen. Kotihoidon ja fysioterapian työpariasiaa kannatettiin. Yksin työskentelevä kotihoidon työntekijä saisi esimerkiksi leikkaus- tai obeesi- potilaiden avustamisessa varmuutta ja kuntoutustietoa.

Estetiikkaa tulisi suosia palvelutaloissa ja osastoilla. Kasveja, akvaarioita, puutarhoja ja viihtyisiä oleskelutiloja tulisi olla enemmän. Iäkkäitä tulisi kannustaa ja avustaa hiusten laittoon ja kauniisiin asioihin. Ankeat värit ja virttyneet sairaalapyjamat eivät kannusta itsestään huolehtimiseen ja kuntoutumiseen. Kaikki eivät ole kiinnostuneita tuolijumpasta ja askartelemisesta. Enemmän iäkkäät kaipaavat yhdessäoloa, ihmisiä lähelleen, turvallisuutta. Kuntoutustoimien tulee olla mahdollisuus ja oikeus. Keskustelussa tuli esille iäkkään oikeus olla haluamatta kuntoutusta. Ylihoitaminen ja loputon tutkiminen ei ole kaikille mielekästä ja tarkoituksenmukaista.

6.2.2 Moniammatillisuus

Iäkkäät kokivat moniammatillisen arvioinnin hyödylliseksi ja mielekkääksi.

”Mun mielest siel tehdään kokonaisvaltainen työ. Se on tosi hyvä ettei tarvii mennä määrätyn asian takia toiseen paikkaan sit ja toiseen paikkaan, mis sit otetaan verikokkei ja sydänfilmii ja vaik kui monii eri paikkoja. Tuol otetaan se yhdes ja samas ja se on valtavan hienoo. Kerran soitin sinne ja rauhallisesti ja kauhjan ystävällisesti nää kaikki selostettiin. Kaikki tuli asiat, mun mielestä tosi hyvää palvelua. Erinomaisen hyvää ja kokonaisvaltaista toimintaa.”

Työntekijät totesivat moniammatillisuuden olevan sekä rikkaus että haaste. Haasteltavien mukaan moniammatillinen työskentely on joissain yksiköissä niukkaa tai satunnaista. Lääketieteellisen ongelman arveltiin sanelevan liikaa kuntoutussuunnittelua. Toimenpiteet suuntautuivat todettuun pulmaan. Geriatriinen arviointiyksikkö sekä poliklinikka todettiin hyödyllisiksi kokonaisvaltaisuuden ja moniammatillisuuden näkökulmasta.

Organisaatiossa tapahtuvien jatkuvien muutosten myötä, on yhteinen arviointi, keskustelu ja suunnittelu vähentynet aiemmasta. Eräänä syynä tähän koettiin raporttien muuttuminen niin sanotuksi hiljai-

siksi. Tiimien todettiin muuttuneen myös suuremmiksi. Jokainen on vastuussa vain omasta tekemisestään ja suunnitelmastaan. Lisääntyneet, ammattialakohtaiset kirjaamiset vievät työaikaa vähentäen puolestaan mahdollisuutta yhteiseen pohdintaan. Työskentely tapahtuu myös eri tiloissa tai huoneissa. Terapeutit kirjaavat näkemyksensä oman asiantuntijaroolinsa mukaisesti. Kuitenkin fyysisen harjoittelun toteutumiseen vaikuttavat myös muut tekijät ja muiden toimijoiden suunnitelmat. Yhteisiä kohtaamisia ja suunnitelmien tekoa kaivattiin enemmän. Psykososiaalisen osaamisen yhteistyötä toivottiin lähes kaikissa yksiköissä lisää. Iäkkäiden psyykkiset voimavarat ovat usein heikentyneet hankaloittaen fyysisen kuntoutumisen mahdollisuutta. Käytettävissä olevaa moniammatillista osaamista pyrittiin hyödyntämään mahdollisuuksien mukaan. Työntekijällä todettiin olevan myös vastuu siitä että hän itse aktiivisesti hakeutuu muiden ammattiryhmien luo saadakseen ja välittääkseen tietoa asiakkaan kuntoutukseen liittyvistä seikoista.

Terapeutit kokivat että työaikaa kuluu huomattavasti iäkkään asioiden selvittelyyn. Ongelmaksi koettiin myös tuki- ja lisäpalveluiden jatkuvat muutokset. Asiakastyöhön varattuna aikana ilmeni tarvetta myös omaisen, erityisesti omaishoitajan ohjaamiseen. Tukea, tietoa, osaamista tai aikaa kaivattiin näihin haasteisiin lisää. Henkilökohtainen, maksuton neuvontakäynti iäkkäälle voisi toteutua esimerkiksi kuntoneuvolassa. Jonkin verran esiintyi epätietoisuutta, mistä ja miten kaupungin fysio - tai toimintaterapiaa saa. Kuka pyytää, millä tavalla, millä kriteereillä ja minkälaista kuntoutusta? Terapeuttien suunnitelmia ja toteutumia pidettiin hyvinä. Tietoa jatkosuunnitelmista ja -suosituksista kaivattiin enemmän. Tiedonkulussa todettiin myös puutteita. Tietojärjestelmästä löytyy runsaasti tietoa mutta selkeää, yksilöllistä, konkreettista ja päivitettyä kuntoutuksen kokonaissuunnitelmaa on vaikea löytää.

Kotihoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen yhteistyön todettiin vähentyneen aiemmasta. Kiireistä kotiapua ei tohdita häiritä ja pyytää yhteisiä käyntejä. Myös kotihoidon työntekijöillä oli epäselvyyttä yhteisen työskentelyn mahdollisuuksista. Sekä lääkinnällinen kuntoutus että kotihoito tekevät hyvää työtä mutta omissa sektoreissaan. Yhteiset käynnit ja tavoitteet kuitenkin helpottaisivat muun muassa avustettuja ulkoiluja, pesutilanteita ja wc-käyntejä jatkossa. Kotihoidon ja fysioterapian työpariasiaa kannatettiin. Yksin työskentelevä kotihoidon työntekijä saisi esimerkiksi leikkaus- tai obeesi- potilaiden avustamisessa varmuutta ja kuntoutustietoa.

Omaisten mukanaolo suunnittelussa ja harjoittelussa on haastateltavien mukaan vaikuttavaa. Tässä todettiin vielä olevan kehitettävää. Ilman tukiverkkoa oleva iäkäs todettiin erityisen haasteelliseksi

kuntoutujaksi. Myös iäkkäät omaishoitopariskunnat kaipasivat enemmän hoitajien tukea ja jatkoselvittelyjä. Osa omaisista todettiin olevan hyvinkin sitoutuneita, osa sälytti kaiken vastuun kotihoidolle ja osa ei halunnut olla ikääntyneen kanssa missään tekemisissä. Harvoin yhteydessä olevat omaiset puolestaan havahtuivat iäkkään toimintakyvyn heikkenemisestä ja halusivat nopeasti erilaisia julkisia palveluja. Hoidon, avustamisen tai ulkoilun tukeminen ei saisi olla omaisille liian raskas vaatimus. Haastateltavat kokivat kuitenkin erinomaisena, jos omainen on kuulemassa ja mahdollisesti osallistuu kuntoutumisen tukemiseen siinä määrin kun hänelle on mahdollista. Pelkkä kertominen tai näyttäminen ei aina riitä, paras hyöty saavutetaan jos omainen osallistuu tekemiseen. Omaisia halutaan rohkaista enemmän aktivoimaan iäkästä, myös osastolla. Koettiin että omaiset turhan herkästi varoittelevat ja kielsivät iäkästä tekemästä tai liikkumasta. Turhia apuvälineitä jopa käytettiin riskien minimoimiseksi ja harjoittelun heikentämiseksi.

6.2.3 Oikea-aikaisuus

Lähdekirjallisuuden mukaan kaatumisalttius lisääntyy kun liikkumiskyky heikkenee ja hoivan tarve kasvaa. Systemaattisen ja tehokkaan kaatumisten ehkäisyn järjestäminen osana iäkkäiden palveluita, on iäkkäiden hyvinvoinnin ja turvallisuuden parantamiseksi sekä kaatumisista aiheutuvien kustannusten vähentämiseksi erittäin tärkeää. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen iäkkäiden kaatumisten ehkäisy IKINÄ – mallissa kuvataan kaatumisen ennaltaehkäisyn toimintapolkua moniammatillisesti. Monet kaatumisista johtuvat vammat hoidetaan itse kotona, mutta kun ikää tulee lisää, kaatumisesta aiheutuu useammin sellaisia vammoja, jotka vaativat lääkäriä tai hoitajalla käyntiä tai sairaalahoitoa. Siksi iäkkäiden kaatumisista aiheutuu huomattava määrä terveyden- ja sairaanhoidon kustannuksia. Suomalaisen kyselytutkimuksen mukaan puolet yli 65-vuotiaiden ja 70 prosenttia yli 75-vuotiaiden kaatumisista ja liukastumisista aiheutti lääkärin- tai sairaalahoitoa vaatineen vamman. Iäkäs toipuu vammasta usein hitaasti ja vamma voi heikentää pysyvästi hänen toiminta- tai liikkumiskykyään. Vähäinenkin kaatumisvamma lisää alttiutta uusille kaatumisille. (Pajala 2012, 7-10.)

Haastattelussa todettiin että kuntoutus aloitetaan vasta kun toimintakyvyn ongelmat ovat jo suuria ja iäkkäät huonokuntoisia. Erityisesti kaatumisriskissä olevien kohdalla kaivattiin perustutkimusten tehostamista. Ohjautuminen selvittelyyn tulisi tapahtua nopeasti. Kuntoutusosastoilla olevilla iäkkäillä todettiin olleen hälytysmerkkejä jo aiemmilla terveydenhuollon käynneillä. Geriatriin arvio ja kuntoutustarpeen määrittely olisi pitänyt jo tehdä aiemmin. Vanhusneuvolatyyppistä toimintaa kaivattiin. Tällöin sovittu ikäryhmä tulisi arvioitua ja ohjattua riittävän ajoissa vaikuttavan kuntoutuksen piiriin.

Haastateltavat totesivat että juuri selvittelyjen tarvitsijat jäivät herkemmin palveluiden ulkopuolelle. Kuntoutuspalveluihin hakeutuminen tulisi tehdä iäkkäille helpommaksi. Toistuvat päivystyskäynnit tikkauksineen koettiin häpeäksi. Hälytysmerkit pitäisi kaikilla aloilla ajoissa tunnistaa ja kaatumisriskissä olevan iäkkään tulisi ohjautua selvittelypaikkoihin. Vaarana on että toimintakyvyn jyrkkä alamäki johtaa kallovamman tai lonkkamurtumaan. Muistisairaana kohdalla ei auta että häntä pyydetään ottamaan yhteyttä omaan terveysasemaan, tämä koettiin keskustelussa lähes heitteillejätöksi. Terveystieteiden vastuulla on että aika tulee varattua ja tarvittavat toimet käynnistetään riittävän ajoissa. Yhtenäiset toimintakyvyn mittarit auttavat ongelman määrittelyssä ja ohjaavat tarvittavien toimenpiteiden aloittamiseen.

Iäkkäät ja omaiset eivät haastateltavien mukaan tienneet olemassa olevista lähipalveluista. Tiedottamista ja yhteistyötä kaivattiin enemmän julkisen toimijan ja kolmannen sektorin välille. Kolmannen sektorin työssä näkyivät vahvasti leskeytyneet, eläköityneet, masentuneet ja päihdeongelmaiset. Nämä kasvavat riskiryhmät jäävät helposti huomaamatta iäkkäiden terveydenhuollossa. Ongelmat kumuloituvat ja toimintakyky alkaa laskea. Haastateltavien mukaan selvitystyö ja kuntoutustoimet tulisi käynnistää viiveettömästi kun palvelutarve alkaa tai lisääntyy. Kaikkien ammattiryhmien tulisi tässä vaiheessa miettiä, mistä muutos johtuu. Toimintamallit ohjautumisiin ovat, mutta ne eivät riittävästi toimi. Myös resursseja varhaiseen puuttumiseen kaivattiin. Keskustelussa todettiin että jos oikea-aikaista palvelua olisi tarjolla enemmän, kolmannella sektorilla ei olisi töitä. Ensiaputaitojen lailla pitäisi osata puuttua esimerkiksi mielenterveysongelmiin.

6.3 Hyvinvointialan johdon näkemyksiä iäkkäiden kuntoutuksesta

Johdon ryhmähaastattelussa todettiin yksimielisesti moniammatillisuuden vaikuttavuus. Yhteistyössä tapahtuva kuntoutussuunnitelman kirjaaminen tulisi olla avainroolissa. Kuntoutuksen keskiössä tulisi olla iäkäs eikä ammattiala. Jatkosuunnitelmat tulisivat olla kirjattuna ja selvillä kaikille, myös omaisille. Koko kuntoutuksen laaja palveluverkko todettiin olevan täynnä reikiä, peittoa tulisi saada laajemmaksi. Haastateltavat totesivat merkittäväksi ongelmaksi monialaisen kuntoutuksen koordinaation puutteen. Keskustelussa pohdittiin myös sitä, kuka kuntoutusprosessin omistaa.

6.3.1 Kuntoutusosaaminen

Iäkkäiden kuntoutustarpeet ovat haastateltavien mukaan tulleet moninaisemmiksi. Muistiongelmaisista on määrällisesti aiempaa enemmän. Muistisairaiden kotiin vietävä kuntoutus on vasta kehitteillä ja

kaipaa osaamisen kehittämistä ja keskittämistä. Koulutustarvetta todettiin myös maahanmuuttajien, syrjäytyneiden sekä päihde- ja mielenterveyskuntoutujien kohtaamisessa.

Passiivinen luennolla istuminen ei johdon mukaan kerrytä tarvittavaa osaamista. Työssä oppiminen koettiin parhaaksi keinoksi hankkia taitoa ikääntyneiden kuntoutuksesta. Täydennyskoulutusta myös kaivattiin. Toimintakyvyn heikkenemisen seuraamisen ja puuttumisen välineiksi koettiin tarvittavan selkeitä ja yhteisiä mittareita. Vajaaravitsemuksen ja kaatumisriskien kirjaamisten tulisi olla tehokkaampaa. Palvelutarpeen kasvamisen syyt tulisi tarkkaan selvittää. Ennen raskaampien tukitoimien aloittamista pitäisi kuntoutuksen interventiot hyödyntää. Haastateltavien mukaan havahdutaan usein liian myöhään. Iäkkään kotona pärjääminen saattaa olla uhattuna ja SAS-arviota aletaan kiirehtiä nopealla aikataululla.

Kuntoutukseen keskittyneitä hoitotyön ammattilaisia kaivattiin EKSOTE -mallin mukaisesti. Kotihoidossa todettiin olevan perustyön hoitamisessa riittävästi kiirettä. Päivittäisten käyntien aikana tulisi kuitenkin huomioida kuntoutustavoitteiden mukaiset iäkkään aktivoinnit ja toimeliaisuuteen kannustaminen, tuuppaaminen. Tämän todettiin vaativan taas työntekijöiden ”herättelyä”. Osastojaksoilla aloitetut kuntoutukset tulisi siirtää arkeen. Palvelu- ja hoitosuunnitelmiin lisätään tarvittavat, työskentelyaikaa vaativat kuntoutustoimet. Kotihoidon tiimin tulisi vastata iäkkään kokonaistilanteen seurannasta. Tarvittaessa kotihoidon tulee pyytää terapeutteja päivittämään ja ohjeistamaan harjoitteita. Yleisesti ottaen todettiin että iäkkään arkikuntoutusta tukemaan tarvitaan mukaan myös omaiset sekä kolmas sektori. Kaikkien tiedossa oleva suunnitelma tavoitteineen auttaa koko verkostoa toimimaan yhdensuuntaisesti.

Lääkäreiden toivottiin kannustavan iäkkäitä sitoutumaan kuntoutukseen. Vaikka ikää ja sairauksia on kertynyt, kotona -asumista voidaan mielekkäällä tavalla tukea eri toimenpitein. Iäkkään jäljellä olevat voimavarat tulisi valjastaa käyttöön ja esimerkiksi huonetaulujen avulla saada aktivoivat harjoitteet ja puuhut kaikkien tiedettäväksi, myös vaihtuvien hoitajien. Ensihoidon ja päivystyksen liikelaitoksen (EPLL) iäkkäät asiakkaat kotiutettiin haastateltavien kertoman mukaan usein ilman tarkempia selvittelyjä tai jatkoon ohjaamista. Muistisaira-at tai kaatuneet kotiutuivat ilman tukiverkkoa huolestuneen taksinkuljettajan saattamana. Päivystyksen henkilökunnan vaihtuvuus, kiire ja jonot todettiin ongelman aiheuttajaksi. Nykyisen kotiutustiimin toiminta on helpottanut tilannetta. Onnistunut kotiutus on myös kustannustehokasta. Kaikilta ammattiryhmiltä hyvinvointitoimialan johto kaipaa parempaa tilanteen tulkintaa, puuttumista ja ohjausta. Liikennevalojen tavoin riskiryhmät tulisi tunnistaa ja ohjata

tarvittaviin selvittelyihin tai kuntoutuspalveluihin. Kotiutusten lisäksi todettiin tarpeelliseksi puuttua ja seurata tarkasti myös leskeytyneiden toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia ja ennusmerkkejä.

Kotiutustiimillä on tärkeä osaamisrooli kuntoutussuunnitelmien teossa, niiden seuraamisessa ja muiden opastamisessa. EKSOTE – mallin mukaiset riittävän pitkät kuntoutusjaksot turvaisivat kotiutuksen jälkeen arjen toimintoihin palaamisen. Parhaimmillaan seurantajakson jälkeen ei tarvittaisikaan kotihoidon palveluja vaan iäkäs olisi saavuttanut omatoimisen arjen. Näin ollen myös turvattaisiin kotihoidon kokonaisresurssien riittävyys jatkossakin. Haastateltavien mukaan turvalliseen kotona - asumiseen tarvittava riittävä fyysinen toimintakyky yleensä saavutetaan kotiutusjakson aikana mutta kognitiivinen toimintakyky jää riittämättömäksi.

Toimintaterapeuttien roolia kaivattiin suuremmaksi iäkkäiden kotona asumisen tukevan kuntoutuksen kentässä. Heidän osaamistaan ei tunnettu ja tunnistettu vielä riittävästi muissa ammattiryhmissä. Fysioterapeuttien kanssa tapahtuva yhteistyö oli sen sijaan tutumpaa ja käytetynpää. Kokonaisvaltaisen kuntoutuksen selvittelytyö jää helposti tekemättä tai se jää terapeuttien tehtäväksi. Ikäihmisten kuntoutuspalveluihin kaivattiin kuntoutuskoordinaattoreita. Lääkinnälliseltä kuntoutukselta toivottiin uudistuskyyä ja enemmän mukaan tulemistä palvelutoiminnan kokonaisuuteen. Vuoropuhelua lääkinnällisen kuntoutuksen ja muiden toimijoiden kanssa tulisi lisätä. Nykyisen tulosityksikkö- ja tuoteistusajattelun koettiin hankaloittavan kaikkien toimijoiden yhteistyötä ja moniammatillisuuden toteutumista.

Terveysasemien akuuttitiimeistä olisi otettavissa hyviä käytänteitä myös iäkkään kuntoutuksen tukemiseen. Päivän päätteeksi voitaisiin lyhyesti arvioida yhdessä toimintaa. Mikä meni hyvin tai mitä voitaisiin kokeilla huomenna toisin. Ajatukset kirjataan seinäjulisteeseen ja viedään ehdotukset tiedoksi siten myös muille toimijoille. Tavoitteena olisi kokeilla ja löytää hyviä toimintamalleja. Työntekijöiltä nousevia ideoita pienimuotoisiin kokeiluihin suositeltiin yleisesti. Keskusteltiin myös hankerahoitusten mahdollisuuksista.

6.3.2 Kuntoutuksen vaikuttavuus

Toimeliaisuus on pitkän elämän salaisuus. Iäkkäänäkin tulisi säilyä mielenkiinto uusiin asioihin. Lamaantumisen ja paikalleen jääminen todettiin keskustelussa huonoksi lähtökohdaksi kuntoutukselle. Yhteisöllisyys antaa voimaa ja karkottaa yksinäisyyden kokemusta. Näistä lähtökohdista käsin tulisi

iäkkäiden kuntoutusta ja kuntoutumisen edellytyksiä kehittää. Kaikkeen kuntouttavaan toimintaan ei tarvita terveydenhuoltoa. Kolmannen sektorin palveluja tulisi hyödyntää aiempaa enemmän.

Pyöröovi-ilmiötä on haastateltavien mukaan tutkittu jo pitkään. Pieni iäkkäiden ryhmä kuormittaa runsaasti eri terveyspalveluyksikköjä toistuvilla käynneillä ja tutkimuksilla. Taustalla saattaa olla fyysisen toimintakyvyn ongelmia, huonovointisuutta mutta myös yksinäisyyden ja turvattomuuden tunnetta. Erityisesti näiden iäkkäiden tutkimus, hoito, jatkosuunnitelmat ja seuranta pitäisi keskittää geriatriin arviointiyksikköihin. Myös moniongelmaiset iäkkäät hyötyvät moniammatillisesta arviosta ja kuntoutuksen toteutumisen tarkemmasta seurannasta ja tuesta.

Iäkkäiden terveystarkastukset tulisi taas ottaa käyttöön. Tavoitteena oli varhaisempi puuttuminen ja kuntoutuksen vaikuttavuuden parantuminen sekä kustannussäästö. Oikea-aikaisuuden määritelmä herätti keskustelua ryhmässä. Nykyisten iäkkäiden kuntoutusasiakkaiden kohdalla oikea-aikaisuudella tavoitellaan aiempaa toimintakyvyn ongelmiin puuttumista. Tällä hetkellä kuntoutustoimet aloitettiin liian myöhään, iäkkäiden ongelmat olivat jo suuria ja moninaisia.

Iäkkäiden kotona asumista tukeva monimuotoinen kuntoutus on organisaatiolle haastavaa. Iäkkäiden määrä lisääntyy lähivuosina tuntuvasti ja samalla kuntoutustarpeen määrät kasvavat. Nykyisillä resursseilla on vaikea vastata kysyntään. Säästämisen ja minimoimisen kulttuurissa pyritään hyödyntämään olemassa olevia resursseja. Keskustelussa todettiin yksimielisesti että tarvetta lisäresursointiin on kaikilla iäkkään kuntoutukseen osallistuvilla ammattiryhmillä.

6.3.3 Matalan kynnyksen palvelut

Johdon ryhmähaastattelussa käytiin keskustelua siitä, ohjautuvatko palvelun tarvitsijat arvioinnin ja neuvonnan piiriin. Miten varmistetaan, että iäkäs osaa, haluaa tai pystyy hakeutumaan terveydenhuollon palveluihin? Muiden kaupunkien tavoin on myös Turussa aloitettu palvelutori, jossa on saatavissa tietoa eri toimijoiden palveluista, mukana myös järjestöt ja vapaaehtoistoiminta. Palvelutorilta otetaan yhteys tarvittaessa keskitettyyn palvelutarpeen arviointiyksikköön. Arviointiyksiköstä on saatavana sairaanhoitajan arvion lisäksi tarvittaessa myös fysioterapeutin kotikäynti. Jos palvelutorilta suositellaan vain terveydentilan selvittelyihin, ei välttämättä tiedetä, onko iäkäs sinne hakeutunut.

Kotikäynnit todettiin hyödyllisiksi. Toimiminen ja siihen liittyvät ongelmat asuinympäristössä antavat oikeanlaisen kuvan iäkkään kuntoutustarpeesta. Ennakoivat kotikäynnit suositeltiin taas otettavaksi käyttöön.

Alueelliset kokeilut todettiin onnistuneiksi. Yhteisöllistä kylämallia tulisi haastateltavien mukaan tulevaisuudessa kehittää. Yhteinen piha, kokoontumistila ja kahvila loisivat turvallisuutta ja karkottaisivat yksinäisyyttä. Iäkäs olisi aktiivinen toimija esteettömässä tutussa pihapiirissä. Terapeuttien konsultaatiot olisivat helposti saavutettavissa, samoin apuvälinepalvelut. Kuntosalilla voisivat sekä iäkkäät että nuoret kohdata toisensa. Kuntopyörät voisivat jopa ekologisesti tuottaa sähköä.

7 TUTKIMUSTULOSTEN HYÖDYNNETTÄVYYS

Tämän opinnäytetyön päätavoitteena oli kehittää iäkkään turkulaisen kuntoutuspalveluja turvallista ja mielekästä kotona asumista tukevaksi. Tarkoituksena oli asiakkailta ja toimijoilta saadun tiedon avulla tarkastella kuntoutuksen toimintatapoja, yhteistyötä ja prosesseja. Tavoitteena oli myös visioiden pohtia vaikuttavaa kuntoutuskäytäntöjä tulevaisuuden haasteisiin. Saatuja tutkimustuloksia on esitelty Turun kaupungin hyvinvointitoimialan iäkkään kuntoutusta kehittävässä työryhmissä. Tulokset ovat herättäneet kiinnostusta ja keskustelua. Asiakkailta, omaisilta ja toimijoilta saatu kokemustieto pyritään hyödyntämään kehitettäessä lääkinnällisen kuntoutuksen uusia toimintatapoja ja yhteistyötä. Opinnäytetyön tavoitteen mukaisesti on kuntoutuksen kehittämishaasteita tutkimusprosessin aikana tarkasteltu yhdessä esimiesten kanssa.

Iäkkäiden kuntoutuksen kehittäminen on ajankohtainen aihe sekä valtakunnallisesti että alueellisesti. Vuoden 2016 aikana on Turun kaupungin hyvinvointitoimiala laatinut geriatrisen ja gerontologisen kuntoutuksen kokonaissuunnitelmaa vuoteen 2030 asti. Työ- ja ohjausryhmissä on ollut mukana kattava edustus toimijoita hyvinvointitoimialalta. Tämän kehittämistyön tuloksia on esitelty työryhmälle 17.5.2016.

Loppuvuoden 2016 aikana kuntoutusresursseja kohdistettiin muun muassa Kaskenlinnan kuntoutuskeskuksen uuteen toimintaan. Kuntoutuskeskus tarjoaa iäkkäille monimuotoista, moniammatillista ja tavoitteellista kuntoutusta akuutti sairauden jälkeen tai toimintakyvyn äkillisesti heikennyttyä. Tar-

jolla on tutkimuksessakin kaivattuja toiminnallisia harjoituksia, vertaistukea sekä kotikäyntejä iäkkään toimintaympäristöön. Toteutuneen moniammatillisen kuntoutussuunnitelman jälkeen varmistetaan jatkoharjoittelu vielä tavoitteellisella arkikuntoutuksella. Kuntoutukseen ohjaututaan sairaalasta kotiutuessa tai geriatrisen poliklinikan lähettämänä. Palvelu on erinomainen lisä varmistaa kotiutuksen jälkeinen harjoittelu. Tässä tutkimuksessakin esiin tullut iäkkään psykososiaalisen kuntoutuksen osaamisen yhteistyötarve on saanut lisäresursointia vuoden 2016 aikana. Kehittämistyön toimijoiden ja johdon haastatteluissa ilmeni tarvetta yhteisten mittareiden käyttöönottoon. Iäkkään toimintakyvyn yhteiseen arviointiin on Turussa käyttöön otettu RAI -arviointijärjestelmä. RAI on tiedonkeruun ja havainnoinnin väline, joka on tarkoitettu palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI -mittaritulosten yhteenvedot toimivat myös päätöksenteon ja toiminnan suunnittelun apuvälineenä organisaatiotasolla. Haastatteluissa nousi esiin myös huoli kotihoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen yhteistyön vähenemisestä. Yhteistyötä on nyt tiivistetty. Fysioterapeutit ovat osallistuneet kotihoidon lähipalvelualueiden kokouksiin ja suunnitelmissa on järjestää myös yhteistapaamisia kotihoidon lääkäreiden kanssa. Lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapeutti on myös aloittanut työnsä keskitetyssä palvelutarpeen arviointiyksikössä marraskuussa 2016. Kotiutustiimin toiminta- ja fysioterapeutit ovat olleet mukana kehittämässä ja toteuttamassa kotiutus-toimintaa. Kotiin vietävien palvelujen ja muistikuntoutuksen kehittäminen jatkuu edelleen.

Vanhustoiminnan keskittämistä on työryhmätasolla kehitetty lääkinnällisessä kuntoutuksessa. SWOT-analyysin avulla on vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia pohdittu tulevaisuuden haasteisiin. Työryhmässä on terapeutteja, jotka edustavat iäkkään kotona asumista tukevan kuntoutuksen toteuttamista eri yksiköissä käsin. Työryhmässä on konkreettisella tasolla ideoitu uusia toimintatapoja. Iäkkäiden ryhmätoimintaa on lisätty, moniammatillista työskentelyä on tehostettu sekä arkikuntoutusta on otettu aiempaa enemmän mukaan kuntoutusinterventioihin. Kuntoutussuunnitelmien sisällön kirjaamiseen ja käyttöön kehitetään myös yhteistä osaamista. Tavoitteena on vielä kehittää lääkinnällisen kuntoutuksen palveluketjuja, vaikuttavuutta sekä asiakaslähtöisyyttä. Kuntoutuspolkujen selkiinnyttämisen kautta saadaan yhteistyötahoille markkinoitua aiempaa paremmin lääkinnällisen kuntoutuksen tarjoamat mahdollisuudet iäkkäiden kuntoutukseen.

Tässä tutkimuksessa haastatellut iäkkäät kokivat kodin ulkopuolella tapahtuvan fyysisen kuntoutuksen, erityisesti ryhmäliikunnan usein liian raskaana. Lääkinnällisen kuntoutuksen tulisi tarjota myös näille iäkkäille sopivaa harjoittelua. Tuoreen väitöskirjatutkimuksen mukaan jopa kerran viikossa tapahtuva kuntosaliharjoittelu osana laaja-alaista geriatrasta hoitoa lisää lihasvoimaa, kävelynopeutta ja

tuolilta ylös nousunopeutta. Harjoittelu ylläpitää myös tasapainonhallintaa estäen ikääntymisen tuomaa heikkenemistä. Tutkimuksessa selvitettiin kaksi vuotta kestävä voima- ja tasapainoharjoittelun vaikutuksia 75 -99 vuotiaan kotona asuvan toimintakykyyn. (Aartolahti 2016, 87 -88.)

Kehittämistyön tuloksista keskusteltiin myös geriatrisen poliklinikan kehittämispäivillä 7.10.2016. Tutkimustuloksissa kuntoutumista estävä vajaaravitsemus tulisi aiempaa enemmän ottaa selvitettäväksi myös poliklinikkakäynnillä. Iäkkään omahoitajan rooli on merkittävä kokonaistoimintakykyä arvioitaessa. Riskitekijöiden, haastattelujen ja tutkimusten myötä nouseviin huomioihin tulee arvioissa moniammatillisesti paneutua ja käynnistää tarvittavat toimet. Kiinnostava jatkotutkimuksen aihe on, onko geriatriselta poliklinikalta käynnistetty kuntoutus ja kuntoutusta tukeva toiminta toteutunut ja miten toteutuneet asiat ovat vaikuttaneet iäkkään arkeen.

8 ARVIOINTI JA POHDINTA

Opinnäytetyön aiheen valinnan aikoihin ei ikääntyneen kuntoutuksen kehittäminen ollut nykyisen laajuudessa myllerryksessä. Aiheen ajankohtaisuus on tuonut tähän kehittämistyön kulkuun kiinnostavia näkökulmia. Työskentely suuren julkisen organisaation palveluksessa on tuonut esiin aiemmin kehittämiseen liittyvien muutosten hitauden ja hajanaisuuden. Ajoittain yhteisen tahtotilan löytyminen ja ylläpito on ollut koko organisaatiossa haasteellista. Eri toimijat tekevät hyvää työtä mutta palveluketjut eivät aina kohtaa, tehdään päällekkäisyyksiä tai jokin asia jää huomioimatta. Toisaalta tehdään myös lisääntyvässä määrin työtä, joka ei kohdistu suoraan asiakkaaseen tai hänen asiaansa. Asiakasmäärien kasvaessa ja resurssien vähetessä on entistä tärkeämpää kohdistaa tekeminen vaikuttavaan ja asiakkaalle mielekkääseen ja tarkoituksenmukaiseen toimintaan.

On eettisesti arveluttavaa jos tietoa kerätään vain työyhteisöjen ja johdon oppimisprosesseja varten. BIKVA -mallin mukaan tulee pyrkiä asiakaslähtöisten työtapojen kehittämiseen, sen sijaan että tutkimus olisi vain organisaatiolle tiedontuotantoprosessi. Asiakaslähtöisten työtapojen kehittyminen edellyttää rakenteellisia muutoksia ja johdon tukea. Asiakkaita tulisi kannustaa osallistumaan oman prosessinsa suunnitteluun ja palvelun arviointiin laajemmassakin merkityksessä. Tällöin asiakkaat osallistuvat oman elämänsä asiantuntijoina ammattilaisten rinnalla ja yhteistyössä. (Högnabba, 2008, 55 -58.) Tässä tutkimuksessa BIKVA -mallin käyttö onnistui. Asiakkailta saatua tietoa on käytetty ja

tullaan käyttämään työtapojen kehittämiseen. Saadut tulokset on raportoitu lääkinnällisen kuntoutuksen esimiehille sekä hyvinvointitoimialan johdolle tiedoksi ja hyödynnettäväksi.

Teemojen valinnassa tuli pitäytyä vain aiheissa, joihin voidaan kehittämistyöllä vaikuttaa. Tutkijan rooli on olla taustalla ja ohjata keskustelua mutta toisaalta hänen tulee valita suuntaviivat kehittämiselle ja tarkasteltaville asioille. Tutkijan tehtävä on tulkita saatua aineistoa. Hänen tulee rakentaa, selventää ja luokitella tuloksia. Tarkastelu tapahtuu kuitenkin aina omasta ajatusmaailmasta käsin. Tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään teoreettisesta näkökulmasta. Tulosten tulkinnessa ja luokittelussa käytettiin apuna soveltavaa ICF- toimintakykyluokitusta. Asiakashaastattelujen tulokset luokiteltiin fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin, kognitiivisiin ja ympäristötekijöihin. Tulosten tarkastelu luokituksen avulla on selkeää. Luotettavuuden kannalta voidaan kysyä, päätyisikö toinen tutkija samaan luokitukseen ja jatkohaastattelujen teemoitukseen?

Asiakasotannassa pyrittiin valintakriteerien avulla saavuttamaan iäkäs, joka tarvitsee, saa ja hyötyy lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista. Otos edustaa hyvin geriatrisen poliklinikan asiakaskuntaa. Kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää kotona asumista tukevan kuntoutuksen kehittämistarpeita. Luotettavan tiedon saaminen edellyttää täydentävää tutkimusta toimintakyvyltään eritasoisten iäkkäiden kuntoutustoiveista. Ryhmähaastatteluihin osallistuvien työntekijöiden ja johdon valinnassa otannan perusteena oli yhteistyökumppaneiden kattavuus ja edustavuus.

Kehittämistyön tavoitteena oli saada tietoa iäkkäiden kuntoutuskokemuksista. Saatu aineisto analysoitiin. Keskeisimmät tulokset teemoiteltiin ryhmähaasteluihin pohdittavaksi. Tavoitteena oli myös selvittää iäkkään kotona asumista tukevan kuntoutuksen edistäviä ja rajoittavia tekijöitä. Iäkkään oppinen, sitoutuminen ja tavoitteiden ymmärtäminen vaatii kehittämistyön tulosten mukaan seurantaa ja kaikkien kuntoutukseen osallistuvien ammattiryhmien tukea. Yhteinen tavoite tulee olla kaikkien tiedossa, myös omaisten. Pikkaraisen (2015, 12 -13) mukaan, ikääntynyt ei mene kuntoutukseen vaan kuntoutus tulee hänen arkeensa. Vaikuttavassa kuntoutuksessa tulee iäkkään saada perusteluja, sekä tietoa kuntoutuksen vaihtoehtoista ja mahdollisuuksista kaikilta kuntoutusprosessiin osallistuvilta työntekijöiltä. (Pikkarainen 2015, 12 -13.) Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö ei tunnista ja tue iäkkään voimavaroja. Tavoitteeton ja epäyhtenäinen toimintatapa sekä heikko tiedonkulku hankaloivat itsenäiseen toimintaan tukemista. (Eloranta 2009, 6.) Tämän tutkimustyön tulosten mukaan kannustamisella, kuuntelulla ja kiireettömyydellä saadaan kuntoutuksen aloituskynnys ylitettyä.

Tutkimustyön tavoitteen mukaisesti asiakastulokset valjastettiin toimijoiden ryhmähaastattelun pohjaksi. Toimijat kävivät dialogia iäkkään kuntoutuksesta oman työnsä ja toimialansa näkökulmasta. Esille nousevista asioista tehtiin yhteenveto, jossa mietittiin toiminnan sujuvuutta ja haasteita yhdessä lääkinnällisen kuntoutuksen esimiehen kanssa. Tulosten luotettavuutta olisi voinut parantaa antamalla yhteenveto myös haastateltavien arvioitavaksi. Tietoa saatiin sekä ymmärrystä kehitettiin eri toimijoiden välillä. Onnistumisen edellytyksenä oli osallistujien aito kiinnostus ja tapa reflektoida nykyistä käytäntöä. Prosessimaisella kehittämismenetelmällä saatiin aikaan oppimista, keskustelua ja pohdintaa. Ryhmäkeskustelussa kuntoutusasioihin paneuduttiin innostuneesti. Tutkijan rooliksi jäi johdella keskustelua aihepiireittäin eteenpäin ja välillä jakaa puheenvuoroja. Työntekijät kaipasivat moniammatillisia ja kokonaisvaltaisempia kuntoutussuunnitelmia. Iäkkäiden kuntoutusjaksot todettiin liian lyhyiksi. Toimintakyvyn laskuun ja kaatumisiin ei puututtu ajoissa ja kuntoutus käynnistettiin vasta kun ongelmat olivat jo suuria. Kotiutuksiin kaivattiin enemmän panostusta ja kuntoutumisen etenemisen seuranta.

Iäkkäiltä, omaisilta ja toimijoilta saatu kokemustieto iäkkään kuntoutuksen toteutumisesta vietiin tavoitteen mukaisesti tiedoksi johdolle. Saatuja teemoja tarkasteltiin nykytilan ja tulevaisuuden haasteiden näkökulmista. Johdon näkemyksen mukaan kuntoutusresurssit tulisi kohdistaa harkitusti, jotta saadaan vaikuttavuutta. Lisäresursointia monialaiseen kuntoutustyöhön kuitenkin kaivattiin. Selvitystyö iäkkään kuntoutusmahdollisuuksista ja tarpeesta todettiin tärkeäksi. Erityisesti terveystalvelujen suurkuluttajien seuranta ja tukea tulisi keskittää, myös iäkkäiden. Koko kuntoutuspalvelujen laajaa kenttää tulisi tarkemmin koordinoita. Koukkarin (2010, 202 -205) mukaan vastuuhenkilön, kuntoutusohjaajan tai -koordinaattorin nimeäminen helpottaisi epäkohtaa. Yhteyshenkilön puuttuminen aiheuttaa tilanteita, joissa kuntoutus on puuttunut kokonaan kenenkään kantamatta vastuuta sen järjestämisestä. Eriytyneellä asiantuntemuksella on vaarana viipaloida kuntoutuja niin, että kokonaisuuden hallinta hajoaa kaikkien ulottumattomiin. Moniammatillista yhteistyötä tarvitaan. Yhteistä työtä on liian vähän, mutta päällekkäin liimattua yhteistyötä on liikaa. (Koukkari 2010, 202 -205.)

Työn kehittämiseen saatiin runsaasti käyttökelpoista materiaalia, joka tiivistettynä oli samansuuntainen kaikilta haastattelutasoilta. Merkittävimmät kehittämiskohteet olivat varhaisempi puuttuminen ja systemaattisempi kuntoutumisen seuranta. Ratkaisuksi ehdotettiin ennakkoivia, helposti saavutettavia, kaikille määrääjain kohdennettuja neuvontapalveluja ja tarkastuksia. Näihin haasteisiin vastaisi kaikkia iäkkäitä palveleva vanhusneuvola. Vaikuttava, laadukas iäkkäiden monialainen kuntoutus tarvitsee osaamista, asennetta sekä asiakkaiden tarpeista lähtevää kehittämistä.

Yhteiskunnan ja kulttuurin arvot ja asenteet vaikuttavat toimintakyvyn arvostamiseen ja arvioimiseen. Yliarvostettu nopeus, tehokkuus ja terveys saattaa aiheuttaa iäkkäälle kokemuksen siitä, ettei hän täytä näitä vaatimuksia. Toimintakyky voidaankin rinnastaa laajempaan elämänhallintaan. Iäkkäiden arvioinnissa on huomioitava myös tilannesidonnaisuus. Päivittäiset vaihtelut toimintakyvyssä voivat johtua monista tekijöistä kuten ravitsemuksesta, mielialasta, lääkityksestä, ympäristön tuesta tai vuorokauden tapahtumista. Arvioinneissa tulee iäkkäillä suosia toimintakyvyn laadullista arviointia. Persoonan, terveydentilan sekä yksilöllisen elämäntilanteen antamalla informaatiolla voidaan mittareiden tuloksia tulkita oikein. Keskustelun, havainnoinnin ja haastattelun avulla tehdään päätelmiä toimintakyvystä ja kuntoutustarpeista. (Kettunen, 2002, 21 -24.)

Iäkäs turkulainen tarvitsee mielekkään ja turvallisen kotona asumisen tueksi oikea-aikaisia ja helposti saavutettavia kuntoutuspalveluja. Palveluja tulisi kehittää asiakkaan tarpeista ja toiveista käsin, ei organisaatiolähtöisesti. Iäkkään toimijuutta tukemaan kaivataan laajaa tukiverkostoa. Eri ammattiryhmien ja omaisten rinnalle tulisi saada mukaan myös yhdistystoiminta ja vapaaehtoistyö. Toimintakyvyn parantamiseen ja yksinäisyyden lievitykseen tarvitaan ystäviä ja ulkoilukavereita. Yhteisöllisyys, osallisuus ja iäkkään kokonaisvaltainen hyvinvointi saavutetaan yhteistyöllä.

LÄHTEET

- Aartolahti, E. 2016. Long-Term Strength and Balance Training Prevents Mobility Decline Among Community-Dwelling People Aged 75 and Older. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 17.2.2017. [978-951-39-6816-8_vaitos_20161126.pdf](#)
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.
- EKSOTE –malli. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoiminta. Viitattu 2.12.2016. www.eksote.fi
- Eloranta, S. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2000. Dialogi - avain innovatiivisuuteen. Helsinki: WSOY.
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: University Press.
- Högnabba, S. 2008. Muuttaako asiakkaan puhe työkäytäntöjä? Tutkimus BIKVA -arviointimenetelmän vaikutuksista. Helsinki: Stakes. Viitattu 2.12.2016 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75525/R34-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>
- ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2013. Stakes. Viitattu 4.10.2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Krogstrup, H. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi. BIKVA -malli. Stakes. Viitattu 4.10.2016. <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/75625/bikva.pdf?sequence=1>
- Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Lapin yliopisto.
- Laine, J. 2014. Geriatrien poliklinikka. Uuden poliklinikan toiminnan suunnittelun kuvaus. YAMK -opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.9.2015. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/.../Laine_Jonna.pdf?...1
- Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Tampere: Juvenes Print. Viitattu 4.10.2015. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085108>
- Pikkarainen, A., Vaara, V. & Salmelainen, U. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159/2013.

Pikkarainen, A. 2015. Ikääntyneiden ihmisten kuntoutus. Jyväskylä: Jamk.fi. Viitattu 19.2.2017. <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/Ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden+ihmisten+kuntoutus.pdf/5352d031-d2b1-4352-90fc-9eb77961f272>

Raitanen, T. & Hänninen, T. & Pajunen H & Suutama T. 2004. Geropsykologia – Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WSOY

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11 Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 25.10.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 6.12.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. 2003. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Turun kaupungin www-sivut 2016. Turku 2029 -kaupunki-strategia. Viitattu 2.9.2016 https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/kaupunkistrategia2029_web.pdf

Viikari, P. 2015. Geriatriinen poliklinikka. Viitattu 25.10.2016. https://www.fimea.fi/documents/160140/758926/28935_tyopaja_2015-02-05_Paula_Viikari.pdf

HAASTATTELUPYYNTÖ

30.11.2015

PYYDÄN KOHTELIAIMMIN TEILTÄ

JA VALITSEMALTANNE OMAISELTA SUOSTUMUSTA
KUNTOUTUSTA KOSKEVAAN TUTKIMUKSEEN.

HAASTATTELUSSA KYSYTÄÄN KOKEMUKSIANNE GERIATRISELLA
POLIKLINIKALLA TEILLE KÄYNNISTETYISTÄ KUNTOUTUSTOIMISTA. TUTKIMUKSEN
TAVOITTEENA ON KEHITTÄÄ IÄKKÄÄN TURKULAISEN KOTONA ASUMISTA
TUKEVAA KUNTOUTUSTA.

OSALLISTUMINEN TUTKIMUKSEEN ON TÄYSIN VAPAAEHTOISTA EIKÄ
KIELTÄYTYMINEN TUTKIMUKSESTA VAIKUTA MITENKÄÄN SAAMIINNE ETUUKSIIN.
HAASTATTELUSSA SAADUT VASTAUKSET KÄSITELLÄÄN NIMETTÖMINÄ JA NE
OVAT VAIN HAASTATTELIJAN KÄYTÖSSÄ. TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVEDON
JÄLKEEN NAUHOITETUT HAASTATTELUT HÄVITETÄÄN
TUNNIN KESTÄVÄ HAASTATTELU TAPAHTUU KOTONANNE SOVITTUNA
AJANKOHTANA JOULUKUUN ALUSSA.

TUTKIMUS LIITTYY OPISKELUUNI SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULUN
SOSIAALI- JA TERVEYSALAN KUNTOUTUKSEN (YAMK) KOULUTUSOHJELMASSA.
OLEN TEIHIN YHDEYDESSÄ PUHELIMITSE PERJANTAINA 4.12.2015 KLO 14 - 16
VÄLISENÄ AIKANA.

Ystävällisin terveisin,

Tuula Korpela
fysioterapeutti
puh. 050 5426 737
tuula.korpela@turku.fi

Turun kaupunki / Hyvinvointitoimiala
Lääkinnällinen kuntoutus
Geriatrinen poliklinikka
Kunnallissairaalan tie 20 20700 Turku

LIITE 2

SUOSTUMUS

NÄKÖKULMIA IÄKKÄÄN TURKULAISEN KOTONA ASUMISTA TUKEVAN
KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMISEKSI – haastattelututkimukseen

Olen tutustunut tiedotteeseen, joka koskee edellä mainittua tutkimusta.

Olen halukas osallistumaan haastatteluun.

Haastattelun toteuttaa fysioterapeutti, kuntoutuksen ohjaaja Tuula Korpela / Turun kaupunki/Hyvin-
vointitoimiala

Pvm ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus

Nimi ja nimen selvennys

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Tutkimuksen nimi

Näkökulmia iäkkään turkulaisen kotona asumista tukevan kuntoutuksen kehittämiseksi

Pyyntö tutkimukseen osallistumisesta

Teitä pyydetään osallistumaan haastattelututkimukseen, jonka tarkoituksena on saada tietoa kuntoutuskokemuksista. Yhteystietonne on saatu Turun kaupungin Geriatrielta poliklinikalta.

Tutkimuksen tausta ja tavoite

Vanhuspalvelulain mukaisesti ikäihmisten toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja mahdollisuuksia osallistua tarvitsemiensa palveluiden kehittämiseen on tuettava. Turun kaupungin strategian mukaan hyvinvointia luodaan kaupunkilaisille kehittämällä vaikuttavia asiakaskeskeisiä palveluprosesseja. Tämän tutkimustyön tavoitteena on kehittää kuntoutuspalveluketjuja turvallisen ja mahdollisimman itsenäisen kotona asumisen tueksi iäkkäille.

Tutkimuksen vastuututkija Tuula Korpela

Tutkimuksen toteutustapa

Tutkimuksen ensimmäinen osa toteutetaan kuntoutujien ja omaisten haastatteluna. Haastattelu vie aikaa noin 60 minuuttia. Haastatteluun on valittu kuntoutuksen asiakkaista viisi henkilöä sekä heidän valitsemansa omainen.

Tutkittavien oikeudet

Osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Kieltäytyminen tai keskeyttäminen ei vaikuta saamaanne kuntoutukseen nyt eikä tulevaisuudessa.

Tietojen luottamuksellisuus ja tietosuojaja

Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eivätkä yksittäisen henkilön vastaukset ilmene tuloksista. Tutkimuksessa kerättyä tietoa käytetään vain tässä tiedotteessa mainittuun tarkoitukseen, eikä sitä luovuteta ulkopuolisille. Tutkimusaineisto säilytetään lukitussa tilassa ja tutkimusaineistot hävitetään tutkimuksen päättyessä.

Haastatteluun osallistuminen

Pyydän Teitä osallistumaan haastatteluun. Haastattelu nauhoitetaan. Teihin otetaan yhteyttä haastatteluajankohdan ja -paikan sopimiseksi.

Voitte osallistua haastatteluun valitsemanne omaisen kanssa. Osallistumalla haastatteluun voitte edistää Turun kaupungin ikäihmisten kuntoutuspalvelujen kehittämistä.

Lisätietoja tutkimuksesta

Lisätietoja tutkimuksesta antaa Tuula Korpela puh. 050 5426 737

Turussa

4.12.2015

IÄKKÄIDEN HAASTATTELUKYSYMYKSET

Omaisten kysymykset näistä sovellettuna

1. Mitä ajatuksia sinulle tulee sanasta kuntoutus?
2. Mitä asioita haluaisit arjen toiminnessasi parantaa?
3. Minkälaisia kuntoutusohjeita / kuntoutusta olet tänä vuonna saanut?
4. Minkälaisia kokemuksia sinulla on saamastasi kuntoutuksesta?
5. Saitko kuntoutusta ja neuvontaa mielestäsi riittävän ajoissa?
6. Olivatko kuntoutustoimet kohdallasi hyödyllisiä?
7. Miten mielipiteesi huomioitiin kuntoutuksesi suunnittelussa?
8. Mitkä asiat auttoivat kuntoutustasi?
9. Mitkä asiat hankaloittivat kuntoutustasi?
10. Miten kuntoutuksesi etenemistä seurattiin?
11. Millainen kuntoutus on mielestäsi ikääntyvälle hyödyllistä?

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Tutkimuksen nimi

Näkökulmia iäkkään turkulaisen kotona asumista tukevan kuntoutuksen kehittämiseksi

Pyyntö tutkimukseen osallistumisesta

Teitä pyydetään osallistumaan haastattelututkimukseen, jonka tarkoituksena on saada tietoa iäkkäiden kuntoutuksen toteutumiseen liittyvistä tekijöistä.

Tutkimuksen tausta ja tavoite

Vanhuspalvelulain mukaisesti ikäihmisten toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja mahdollisuuksia osallistua tarvitsemiensa palveluiden kehittämiseen on tuettava. Turun kaupungin strategian mukaan hyvinvointia luodaan kaupunkilaisille kehittämällä vaikuttavia asiakaskeskeisiä palveluprosesseja. Tämän tutkimustyön tavoitteena on kehittää kuntoutuspalveluketjuja turvallisen ja mahdollisimman itsenäisen kotona asumisen tueksi iäkkäille.

Tutkimuksen vastuututkija Tuula Korpela / Sosiaali- ja terveystieteiden / Kuntoutuksen koulutus (YAMK) / Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Tutkimuksen toteutustapa

Tutkimuksen toinen vaihe toteutetaan eri toimijoiden ryhmähaastatteluna. Haastattelu vie aikaa noin kaksi tuntia. Haastatteluun on valittu kuusi henkilöä, jotka omassa työssään osallistuvat iäkkäiden kotona asumista tukevan kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen tai seurantaan.

Tutkittavien oikeudet

Osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa.

Tietojen luottamuksellisuus ja tietosuojat

Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eivätkä yksittäisen henkilön vastaukset ilmene tuloksista. Tutkimuksessa kerättyä tietoa käytetään vain tässä tiedotteessa mainittuun tarkoitukseen, eikä sitä luovuteta ulkopuolisille. Tutkimusaineisto säilytetään lukitussa tilassa ja tutkimusaineistot hävitetään tutkimuksen päättyessä.

Haastatteluun osallistuminen

Pyydän Teitä osallistumaan haastatteluun. Haastattelu nauhoitetaan. Osallistumalla haastatteluun voitte edistää Turun kaupungin ikäihmisten kuntoutuspalvelujen kehittämistä.

Lisätietoja tutkimuksesta

Lisätietoja tutkimuksesta antaa Tuula Korpela puh. 050 5426 737

Turussa

18.2.2016

TOIMIJOIDEN RYHMÄHAASTATTELUN KYSYMYKSET / RUNKO

AIHE: IÄKKÄÄN KOTONA-ASUMISTA TUKEVA KUNTOUTUS

AJATUKSIA, KOKEMUKSIA, HAVAINTOJA, HÄMMÄSTYSTÄ, POHDINTOJA, NÄKÖKULMIA, IDEOITA, EHDOTUKSIA, HARMISTUKSIA, VISIOITA.

1. MITEN SINÄ JA AMMATTIRYHMÄSI OSALLISTUTTE KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELUUN, TOTEUTUKSEEN JA SEURANTAAN?
2. MITEN KOET TIEDONKULUN JA YMMÄRRYKSEN YHTEISISTÄ KUNTOUTUKSEN TAVOITTEISTA JA SUUNNITELMISTA?
3. MITÄ MIELTÄ OLET IÄKKÄIDEN KUNTOUTUKSEN OIKEA-AIKAISUUDESTA?
4. MITEN NÄET OMAISTEN JA TUKIVERKOSTON ROOLIN?
5. MITEN KUNTOUTUSTA TUKEVIA LÄHIPALVELUJA VOISI MIELESTÄSI KEHITTÄÄ?
6. KUVAILE TULEVAISUUDEN IHANNEVISIOTA?

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Tutkimuksen nimi

Näkökulmia iäkkään turkulaisen kotona asumista tukevan kuntoutuksen kehittämiseksi

Pyyntö tutkimukseen osallistumisesta

Teitä pyydetään osallistumaan haastattelututkimukseen, jonka tarkoituksena on kehittää iäkkäiden kuntoutuspalveluja.

Tutkimuksen tausta ja tavoite

Vanhuspalvelulain mukaisesti ikäihmisten toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja mahdollisuuksia osallistua tarvitsemiensa palveluiden kehittämiseen on tuettava. Turun kaupungin strategian mukaan hyvinvointia luodaan kaupunkilaisille kehittämällä vaikuttavia asiakaskeskeisiä palveluprosesseja. Tämän tutkimustyön tavoitteena on kehittää kuntoutuspalveluketjuja turvallisen ja mahdollisimman itsenäisen kotona asumisen tueksi iäkkäille.

Tutkimuksen vastuututkija Tuula Korpela / Sosiaali- ja terveysala / Kuntoutuksen koulutus (YAMK) Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Tutkimuksen toteutustapa

Tutkimuksen kolmas vaihe toteutetaan Hyvinvointitoimialan johdon ryhmähaastatteluna. Haastattelu vie aikaa noin puolitoista tuntia. Haastatteluun on valittu kolme henkilöä.

Tutkittavien oikeudet

Osallistuminen tähän tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa.

Tietojen luottamuksellisuus ja tietosuoja

Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eivätkä yksittäisen henkilön vastaukset ilmene tuloksista. Tutkimuksessa kerättyä tietoa käytetään vain tässä tiedotteessa mainittuun tarkoitukseen, eikä sitä luovuteta ulkopuolisille. Tutkimusaineisto säilytetään lukitussa tilassa ja tutkimusaineistot hävitetään tutkimuksen päättyessä.

Haastatteluun osallistuminen

Pyydän Teitä osallistumaan haastatteluun. Haastattelu nauhoitetaan. Osallistumalla haastatteluun voitte edistää Turun kaupungin ikäihmisten kuntoutuspalvelujen kehittämistä.

Lisätietoja tutkimuksesta

Lisätietoja tutkimuksesta antaa Tuula Korpela puh. 050 5426 737

Turussa 12.4.2016

HYTON JOHDON RYHMÄHAASTATTELUN TEEMAT

NÄKÖKULMIA IÄKKÄÄN TURKULAISEN KOTONA ASUMISTA TUKEVAN KUNTOUTUKSEN KEHITTÄMISEKSI.

KUNTOUTUSOSAAMINEN

KUNTOUTUSPALVELUIDEN OIKEA-AIKAISUUS

KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS

MONIAMMATILLISUUS KUNTOUTUSTYÖSSÄ

KUNTOUTUKSEN SEURANTA

MATALAN KYNNYKSEN PALVELUT

MINKÄLÄINEN ON SINUN IHANNEVISIOSI TURKULAISEN IÄKKÄÄN KOTONA ASUMISTA TUKEVASTA KUNTOUTUKSESTA?